

**ESTRUTURA DA PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL:
DOMÍNIO E PROCESSO – 2.^a EDIÇÃO.
OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE
FRAMEWORK: DOMAIN & PROCESS. 2ND**

Tradução de Daniel Gustavo de Sousa Carleto¹

Alessandra Cavalcanti A. Souza²

Marcelo Silva³

Daniel Marinho Cezar da Cruz⁴

Valéria Sousa de Andrade⁵.

Versão original: AOTA. *Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 2nd. The American Journal Occupational Therapy. Nov/Dec 2008, volume 63, n. 6. 625-683*

INTRODUÇÃO

A *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo* é um documento oficial da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Com a intenção de consultas internas e externas, este documento apresenta um sumário de idéias inter-relacionadas que definem e guiam a prática da **terapia ocupacional**⁶. A *Estrutura* foi desenvolvida para articular a contribuição da terapia ocupacional na promoção de **saúde e participação** de pessoas, organizações e populações através

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Email: dgustavosc@gmail.com.

² Professora Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. Email: alessandra@to.uftm.edu.br

³ Revisor técnico (Professor de Literatura Estrangeira Instituto Cultural Brasil Estados Unidos (ICBEU). Email: marcelo_teacherofenglish@hotmail.com

⁴ Professor Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. Email: danielcruz@ufscar.br

⁵ Professora Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. Email: valeria-to@hotmail.com

⁶ Muitos dos termos que aparecem em negrito estão definidos no glossário, da versão integral publicada pela AOTA em 2008.

do **envolvimento**⁷ na **ocupação**. O documento não é uma taxonomia, teoria ou modelo de terapia ocupacional e, portanto, deve ser usado em conjunto com conhecimento e evidência relevante à ocupação e à terapia ocupacional. As revisões incluídas nessa segunda edição são destinadas a refinar o documento e a incluir terminologias e conceitos relevantes para a prática atual e emergente da terapia ocupacional.

Implícito nesse sumário estão as crenças essenciais da profissão em uma relação positiva entre ocupação e saúde e a visão de pessoas como seres ocupacionais. “Todas as pessoas precisam ser competentes ou capacitadas para se envolver em ocupações de suas necessidades e escolhas, para crescer através do que elas fazem, e para ter a experiência de **independência** ou **interdependência**, igualdade, participação, segurança, saúde e bem-estar” (WILCOCK e TOWNSEND, 2008, p. 198). Com este objetivo, a terapia ocupacional é fornecida aos **clientes**, a entidade que recebe os serviços de terapia ocupacional. Clientes podem ser categorizados como:

- **Pessoas**, incluindo famílias, cuidadores, professores, empregadores e outros relevantes.
- **Organizações**, tais como empresas, indústrias ou agências; e
- **Populações** dentro da comunidade, tais como refugiados, veteranos que estão desabrigados e pessoas com condições de doenças crônicas incapacitantes (MOYERS e DALE, 2007).

A *Estrutura* é dividida em duas grandes seções: (1) o **domínio**, que descreve o campo da profissão e as áreas nas quais os profissionais têm estabelecido corpo de conhecimento e habilidades (ver Figura 1), e a dinâmica de ocupação (ver Figura 2); e o **processo** centrado no cliente usado na distribuição dos serviços de terapia ocupacional (ver Figura 2). O domínio e o processo da terapia ocupacional direcionam os profissionais da terapia ocupacional⁸ a focar no desempenho de ocupações que resultam em uma inter-relação dinâmica do cliente, contexto e ambiente, e das ocupações do cliente (CHRISTIANSEN e BAUM, 1997; CHRISTIANSEN, BAUM e BASS-HAGEN, 2005; LAW, BAUM e DUNN, 2005).

⁷ **Nota dos tradutores** – Neste documento o termo original ‘engagement’ foi traduzido como ‘envolvimento’. Contudo, alguns terapeutas ocupacionais optam pela utilização do termo em português como ‘engajamento’.

⁸ Quando o termo profissionais da terapia ocupacional é usado neste documento, ele se refere aos terapeutas ocupacionais e assistentes de terapia ocupacional (AOTA, 2006).

Embora o domínio e o processo sejam descritos separadamente, na realidade eles são, de modo insolúvel, ligados em uma relação transacional (ver Figura 3).

Inúmeros recursos materiais, incluindo um apêndice, um glossário, referências, e bibliografia, são fornecidos ao final do documento. Embora a *Estrutura* inclua um glossário de definição de termos, este não contém uma lista exaustiva ou uniforme de termos usados na profissão, e nem todas as definições destes termos são discutidos na literatura.

Domínio da Terapia Ocupacional

Visão Geral

Essa edição da *Estrutura* começa com a descrição do domínio profissional da terapia ocupacional. O enunciado - **apoando a saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupação** – descreve o domínio em seu sentido completo. Dentro dessa profissão diversa, a contribuição da definição da terapia ocupacional é aplicada em valores essenciais, conhecimento e habilidades para auxiliar clientes (pessoas, organizações e populações) a se envolver em atividades cotidianas ou ocupações que queiram e necessitem fazer de maneira a apoiar a saúde e a participação. A Figura 4 identifica os aspectos do domínio e ilustra a inter-relação dinâmica entre eles. Todos os aspectos do domínio são de valores iguais e, juntos, interagem para influenciar o envolvimento dos clientes em ocupações, participação e saúde.

Terapeutas ocupacionais são educados para avaliar aspectos do domínio da terapia ocupacional e suas relações **transacionais**. Terapeutas ocupacionais e assistentes de terapia ocupacional são instruídos sobre aspectos do domínio da terapia ocupacional e aplicam este conhecimento no processo de intervenção à medida que trabalham para apoiar a saúde e a participação de seus clientes. Os terapeutas ocupacionais são responsáveis por todos os aspectos do serviço de terapia ocupacional e pela segurança e eficácia do processo dos serviços oferecidos. Os assistentes de terapia ocupacional⁹ prestam serviços de terapia ocupacional sob supervisão e em colaboração com o terapeuta ocupacional (AOTA, 2004b).

⁹ **Nota dos Tradutores:** No Brasil, a profissão de 'assistente de terapia ocupacional' não existe, sendo todas as ações de responsabilidade do profissional de Terapia Ocupacional.



Figura. 1. Domínio da Terapia Ocupacional.
Apoiar saúde e participação na vida através do envolvimento em ocupação.

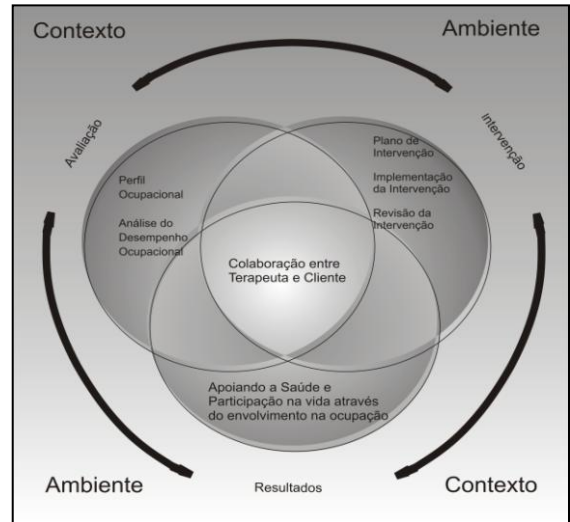


Figura. 2. Processo da Terapia Ocupacional.
Colaboração entre o praticante e o cliente é central para a interação natural do serviço prestado.



Figura. 3. Terapia Ocupacional.
O domínio e o processo são intrinsecamente ligados.

Observação: Configuração das figuras 1 e 3 originalmente desenhados por Mark Dow. Usados com permissão.

Áreas de Ocupação	Fatores do Cliente	Habilidades de Desempenho	Padrões de Desempenho	Contextos e Ambientes	Demandas da Atividade
Atividades de Vida Diária (AVD)*	Valores, Crenças e Espiritualidade	Habilidades Percepto-Sensoriais	Hábitos Rotinas	Cultural Pessoal	Objetos usados e suas propriedades
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Habilidades Prática e Motora	Papéis Rituais	Físico Social Temporal Virtual	Demandas do espaço Demandas sociais Seqüência, tempo Ações requeridas
Descanso e Dormir		Habilidades de Regulação Emocional			Funções do corpo requeridas
Educação		Habilidades Cognitivas			Estruturas do corpo requeridas
Trabalho		Habilidades Sociais e de Comunicação			
Brincar					
Lazer					
Participação Social					

* Também se refere como atividades básicas da vida diária (ABVD) ou atividades pessoais da vida diária (APVD)

Figura 4. Aspectos do Domínio da Terapia Ocupacional.

Todos os aspectos do domínio transitam para apoiar envolvimento, participação, e saúde. Esta figura não implica em hierarquização.

A discussão que se segue fornece uma breve explicação sobre cada aspecto identificado na Figura 4. Os quadros incluídos ao longo do texto fornecem uma lista completa e definições de termos.

Apoiando a Saúde e a Participação na Vida Através do Envolvimento na Ocupação

A profissão de terapia ocupacional utiliza o termo ocupação para captar a dimensão e o significado da “**atividade do cotidiano**”. A terapia ocupacional é fundamentada na compreensão de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida cotidiana e contribui para a saúde e para o bem-estar. Os profissionais de terapia ocupacional acreditam que as ocupações são multidimensionais e complexas. O envolvimento na ocupação como foco da intervenção da terapia ocupacional envolve ambos os aspectos do desempenho: os subjetivos (emocionais e psicológicos) e os objetivos (fisicamente observáveis). Os profissionais de terapia ocupacional entendem o envolvimento a partir desta perspectiva dual e holística e recorrem à todos os aspectos de desempenho quando fornecem intervenções.

A **ciência ocupacional**, uma disciplina dedicada ao estudo da ocupação, acrescenta à prática da terapia ocupacional ao expandir o entendimento da

ocupação (ZEMKE e CLARCK, 1996). As ocupações são centrais para a identidade e para o senso de competência do cliente (pessoa, organização ou população), e têm um significado particular e de valor para ele. Elas influenciam como os clientes gastam tempo tomando decisões. Diversas definições de ocupação podem ser encontradas na literatura e acrescentam para a compreensão do conceito central. A *ocupação* tem sido definida como:

- “Atividades dirigidas a um objetivo que tipicamente se estendem ao longo do tempo, têm significado para o desempenho e envolvem tarefas múltiplas” (CHRISTIANSEN, et. al., 2005, p. 548).
- “Atividades diárias que refletem os valores culturais, fornecem a estrutura para a vida e significado para os indivíduos; essas atividades reúnem necessidades humanas de autocuidado, entretenimento e participação na sociedade” (CREPEAU, COHN e SCHELL, 2003, p. 1031).
- “Atividades nas quais as pessoas se envolvem durante sua vida diária para preencher seu tempo e dar significado à vida. As ocupações envolvem capacidades mentais e habilidades e podem ou não ter uma dimensão física observável” (HINOJOSA e KRAMER, 1997, p. 865).
- “[A]tividades... do cotidiano nomeadas, organizadas e cujos valor e significado são dados pelo indivíduos e uma cultura. Ocupação é tudo o que as pessoas fazem para se ocupar, incluindo cuidar de si mesmas... aproveitar a vida... e contribuir para a estrutura econômica e social de suas comunidades” (LAW, M. et al., 1997, p. 32).
- “Uma relação dinâmica entre uma forma ocupacional, uma pessoa com uma única estrutura de desenvolvimento, significados e propósitos subjetivos, e um desempenho ocupacional resultante” (NELSON e JEPSON-THOMAS, 2003, p.90).
- “Partes de atividades diárias que podem ser nomeadas no léxico da cultura” (ZEMKE e CLARK, 1996, p. vii).

Algumas vezes, profissionais de terapia ocupacional usam os termos *ocupação* e *atividade* como intercambiáveis para descrever a participação em ocupações da vida diária. Alguns estudiosos propõem que os dois termos são diferentes (CHRISTIANSEN e TOWNSEND, 2004; KLINOJOSA e KRAMER, 1997;

PIERCE, 2001; REED, 2005). Na *Estrutura*, o termo ocupação engloba as atividades.

O envolvimento ocupacional ocorre individualmente ou com outros. Um cliente pode ser considerado independente quando desempenha ou dirige ações necessárias para sua participação sem levar em consideração a quantidade ou o tipo de assistência desejada ou requerida. Em contraste com definições mais restrita de independência, profissionais de terapia ocupacional consideram o cliente como independente se o cliente apenas desempenha atividades, desempenha as atividades em ambiente adaptado ou modificado, faz uso de vários dispositivos ou estratégias alternativas, ou supervisiona atividades concluídas por outros (AOTA, 2002a). Por exemplo, pessoas com lesão medular podem dirigir assistência requerida para o cuidado pessoal em suas atividades de vida diária (AVD), demonstrando independência neste aspecto essencial de suas vidas.

Ocupações são frequentemente compartilhadas. Aquelas que envolvem implicitamente dois ou mais indivíduos podem ser chamadas de **co-ocupações** (ZEMKE e CLARK, 1996). Cuidar é uma co-ocupação que envolve participação ativa da parte do cuidador e de quem recebe o cuidado. Por exemplo, a co-ocupação requerida durante a maternidade, tais como as rotinas interativas sociais como comer, de alimentação e de conforto que pode envolver os pais, um parceiro, a criança e outras pessoas relevantes (OLSEN, 2004). As atividades intrínsecas para esta interação social são “co-ocupações” recíprocas, interativas e aconchegantes (DUNLEA, 1996; ESDAILE e OLSON, 2004). Os clientes também podem desempenhar diversas ocupações simultaneamente, envolvendo umas com as outras, tais como quando um cuidador contribui simultaneamente com os trabalhos de casa, paga as contas e faz o jantar. A consideração de uma co-ocupação apóia uma visão integrada do envolvimento do cliente em relação a outros significantes dentro dos contextos.

Os profissionais de terapia ocupacional reconhecem que saúde é apoiada e mantida quando os clientes são capazes de se envolver em ocupações e atividades que permitem participação desejada ou necessária em casa, na escola, no local de trabalho e na vida comunitária. Deste modo, profissionais de terapia ocupacional se preocupam não somente com ocupações, mas também com a complexidade de fatores que empoderam e tornam possível ao cliente o envolvimento e participação em ocupações positivas que promovem a saúde (WILCOCK e TOWNSEND, 2008).

Em 2003, Townsend aplicou o conceito de **justiça social** ao foco da terapia ocupacional e criou o termo **justiça ocupacional** para descrever a preocupação da profissão com a ética, a moral e os fatores cívicos que pudessem apoiar ou impedir o envolvimento na promoção de saúde nas ocupações e participação em casa e na vida comunitária. A *justiça ocupacional* garante que os clientes sejam assegurados da oportunidade quanto a total participação naquelas ocupações nas quais eles escolham se engajar (CHRISTIANSEN e TOWNSEND, 2004, p. 278). Os profissionais de terapia ocupacional interessados na justiça ocupacional reconhecem e trabalham para apoiar políticas sociais, ações e leis que permitem que as pessoas se envolvam em ocupações que fornecem propósito e significado para suas vidas.

O foco da terapia ocupacional no envolvimento em ocupações e na justiça ocupacional complementa a perspectiva de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS, no seu esforço em ampliar a compreensão dos efeitos da doença e deficiência na saúde, tem reconhecido que a saúde pode ser afetada pela incapacidade de executar atividades e de participar em situações da vida causadas pelas barreiras ambientais, assim como pelos problemas que existem nas estruturas e funções do corpo (OMS, 2001). Como membros de uma comunidade global, os terapeutas ocupacionais defendem o bem-estar de todas as pessoas, grupos e populações com o compromisso para inclusão e não discriminação (AOTA, 2004c).

Áreas de Ocupação

Quando terapeutas ocupacionais trabalham com clientes, eles consideram os diferentes tipos de ocupação nas quais os clientes podem se envolver. A ampla variedade de ocupações ou atividades são classificadas em categorias chamadas “**áreas de ocupação**” – **atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social**” (tabela 1).

As diferenças individuais no modo como os clientes consideram suas ocupações refletem a complexidade e multidimensionalidade de cada ocupação. A perspectiva do cliente de como a ocupação é categorizada varia dependendo de sua necessidade e interesse. Por exemplo, uma pessoa pode considerar o lavar a roupa como trabalho, enquanto outra como atividade instrumental de vida diária (AVDI). Uma população pode se envolver em jogos e considerar que essa ocupação é uma

brincadeira, enquanto outra população pode se envolver no mesmo jogo e perceber que este se trata de uma ocupação como forma de educação.

O modo pelo qual os clientes priorizam o envolvimento nas áreas de ocupação pode variar em diferentes momentos. Por exemplo, uma organização de reabilitação psiquiátrica comunitária pode priorizar o registro de um membro eleitor durante uma campanha presidencial e as preparações para a celebração durante os períodos de feriado. A extensão e natureza do envolvimento são tão importantes quanto o envolvimento em si; por exemplo, o trabalho excessivo sem levar em conta outros aspectos suficientes da vida tais como dormir ou relacionamentos, coloca o cliente em risco para problemas de saúde (HAKANSSON, DAHLIN-IVANOFF e SONN, 2006).

Fatores do Cliente

Fatores do cliente são habilidades específicas, características ou crenças que residem no cliente e que podem afetar seu desempenho nas áreas de ocupação. Devido ao fato de os profissionais de terapia ocupacional perceber seus clientes de forma holística, eles consideram os fatores do cliente envolvendo os valores, crenças e espiritualidade, funções do corpo e estruturas do corpo. Esses fatores fundamentais do cliente são afetados pela presença ou ausência de doença, privação e deficiência. Estes afetam e são afetados pelas habilidades de desempenho, padrões de desempenho, demandas da atividade e fatores contextuais e ambientais.

A despeito de sua importância, a presença ou ausência de funções e estruturas específicas do corpo não necessariamente assegura o sucesso ou dificuldade do cliente em suas ocupações diárias. Os fatores que influenciam o desempenho, tais como aqueles que apóiam o envolvimento no ambiente físico e social podem permitir o cliente manifestar habilidades em uma determinada área, mesmo quando estruturas ou funções do corpo estão ausentes ou deficientes. É no processo de observar um cliente se envolvendo em ocupações e atividades, que o profissional de terapia ocupacional é capaz de determinar a transação entre os fatores do cliente e seu desempenho.

TABELA 1. ÁREAS DE OCUPAÇÃO

Vários tipos de atividades cotidianas nas quais as pessoas, populações ou organizações se envolvem, incluindo AVD, AIVD, descanso e dormir, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social.

■ **ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDs)**

Atividades que são orientadas para o cuidado do indivíduo para com seu próprio corpo (adaptado de ROGERS & HOLM, 1994, pp. 181-202). AVD também é chamada como atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades pessoais da vida diária (APVD). Estas atividades são “fundamentais para viver no mundo social; elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar” (CHRISTIANSEN & HAMMECKER, 2001, p.156).

- **Banho, tomar banho** – Obter e utilizar os equipamentos para, ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo; manter a posição para o banho; e transferir-se de e para posições de banho.
- **Controle de esfíncteres** – Inclui o controle intencional e completo dos movimentos intestinal e urinário e, se necessário, uso de equipamento ou agentes para controle dos mesmos (UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION, 1996, pp. III-20, III-24).
- **Vestir-se** – Selecionar as roupas e acessórios de acordo com a hora do dia, o clima e a ocasião; retirar as roupas dos locais em que estão guardadas; vestir-se e despir-se adequadamente de maneira sequencial; ajustar e fechar as roupas e sapatos, e aplicar e remover dispositivos pessoais, próteses ou órteses.
- **Comer** – “A habilidade para manter e manipular comida ou líquidos na boca e engoli-los, *comer* e *engolir* são frequentemente usados intercambiavelmente” (AOTA, 2007b).
- **Alimentação** – “O processo de colocar, arranjar e trazer a comida (líquido) do prato ou copo até a boca, algumas vezes nomeado *auto-alimentação*” (AOTA, 2007b).
 - **Mobilidade funcional** – mover-se de uma posição ou lugar para outro (durante o desempenho em atividades diárias), tais como mobilidade na cama, mobilidade na cadeira de rodas e transferências (ex., cadeira de rodas, cama, carro, banheira,

vaso sanitário, chuveiro, cadeira, chão). Inclui deambulação funcional e transporte de objetos.

- **Cuidado com equipamentos pessoais** - Usar, limpar e manter itens de cuidado pessoal, tais como aparelho auditivo, lentes de contato, óculos, órteses, próteses, equipamentos adaptativos, e dispositivos sexuais e contraceptivos.
- **Higiene pessoal e autocuidado** – obter e usar suprimentos; remover pêlos do corpo (ex., uso de lâmina de barbear, tesouras, loções) aplicar e remover produtos de beleza, lavar, secar, pentear, modelar, escovar e prender o cabelo; cuidar das unhas (mãos e pés); cuidar da pele, orelhas, olhos, e nariz, aplicar desodorante; limpar a boca, escovar e passar fio dental nos dentes; ou remover, limpar, e recolocar órtese e prótese dentária.
- **Atividade sexual** - envolver-se em atividades que resultam em satisfação sexual.
- **Uso do vaso sanitário** – Obter e usar equipamentos; manejar roupas; manter posição no vaso sanitário; transferir-se para e do vaso sanitário; limpar o corpo; e cuidar das necessidades de continência e de menstruação (incluindo catéteres, colostomias e manejo de supositórios).

■ **ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs)**

Atividades que apóiam a vida diária dentro de casa e na comunidade que, frequentemente, requer maior complexidade de interações do que o autocuidado usado na AVD.

- **Cuidado dos outros (incluindo seleção e supervisão de cuidadores)** – Arranjar, supervisionar ou fornecer cuidado para outros.
- **Cuidado de animais** - Arranjar, supervisionar ou fornecer cuidado para com animais e serviços de animais
- **Educar criança** – Fornecer o cuidado e supervisão que apóia as necessidades de desenvolvimento de uma criança.
- **Gerenciamento de comunicação** – Enviar, receber e interpretar uma informação usando uma variedade de sistemas e equipamentos, incluindo ferramentas para a escrita, telefones, máquinas de escrever, gravador áudio-visual, computadores, pranchas de comunicação, luzes de chamada, sistemas de emergência, escrita em Braille, dispositivos de telecomunicação para surdos, sistema de comunicação alternativa e assistente pessoal digital.

- **Mobilidade na comunidade** – Mover-se na comunidade e usar transporte privado ou público, tais como dirigir, caminhar, pedalar, tomar ou passear de ônibus, táxi ou outro sistema de transporte.
- **Gerenciamento financeiro** – Usar recursos fiscais, incluindo métodos alternativos de transação financeira, planejar e usar finanças com objetivos a curto-prazo e a longo-prazo.
- **Gerenciamento e manutenção da saúde** – Desenvolver, gerenciar e manter rotinas para saúde e promoção de bem-estar, tais como condicionamento físico, nutrição, diminuição dos comportamentos de risco para saúde e rotinas de medicação.
- **Estabelecimento e gerenciamento do lar** – Obter e manter bens pessoais, da casa e do ambiente (ex. casa, quintal, jardim, ferramentas, veículos), incluindo manutenção e reparação dos bens pessoais (vestuário e itens da casa) e saber como procurar ajuda ou entrar em contato.
- **Preparo de refeição e limpeza** – Planejar, preparar e servir com equilíbrio, alimentos nutricionais e limpar os alimentos e utensílios depois de usá-los.
- **Costume religioso** – Participar de religião, “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais, e símbolos designados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendental” (MOREIRA-ALMEIDA & KOENIG, 2006, p. 844).
- **Manutenção da segurança e emergência** – Conhecer e desempenhar procedimentos de prevenção para manter a segurança do ambiente assim como reconhecer subitamente situações inesperadas de perigo e iniciar ações de emergência para reduzir o risco à saúde e a segurança.
- **Fazer compras** – Preparar lista de compras (mercearia e outra); selecionar, adquirir e transportar itens; selecionar métodos de pagamento e completar a transação financeira.

(Continua)

TABELA 1. ÁREAS DE OCUPAÇÃO

(Continuação)

■ DESCANSO E SONO

Inclui atividades relacionadas para obter descanso e sono restaurativo que apóiam saúde e envolvimento ativo em outras áreas de ocupação.

- **Descanso** – Repouso e ações sem esforço que interrompe a atividade mental e física resultando em um estado de relaxamento (NURIT & MICHEL, 2003, p.227). Inclui identificação das necessidades para relaxar; reduzir o envolvimento nas taxas de atividades física, mental ou social; e envolvimento em relaxamento ou outros esforços que restaurem a energia, a calma e renova o interesse no envolvimento.
- **Sono** – Uma série de atividades resultantes em ir dormir, permanecer adormecido e garantir saúde e segurança através da participação no sono envolvendo-se com o ambiente físico e social.
- **Preparação para dormir** – (1) Envolver em rotinas que auto preparam para o descansar confortável, tais como autocuidado e o despir, ler ou escutar música para cair no sono, dizer boa noite para os outros, e meditar ou rezar; determinar o período do dia e a quantidade do tempo para dormir ou o tempo necessário para despertar; e estabelecer padrões para dormir que apóiam o crescimento e a saúde (padrões são freqüentemente pessoais e determinados culturalmente).

(2) Preparar o ambiente físico para períodos de inconsciência, tais como fazer a cama ou o local em que irá dormir, garantir frescor/aquecimento e proteção; preparar o despertar; segurança na casa, tais como trancar a porta ou fechar as janelas ou cortinas, e desligar eletrônicos e as luzes.

- **Participação no dormir** – Cuidar das necessidades pessoais para dormir tais como cessar as atividades para garantir o início do sono, soneca, sonho, sustentar o estado de dormir sem interrupção, e cuidados noturnos para necessidade de uso do vaso sanitário ou hidratação. Negociar as necessidades e requerer de outros dentro do ambiente social. Interagir com aqueles que dividem o espaço para dormir tais como as crianças ou pais, fornecer cuidados noturnos tais como monitoração do conforto e segurança dos outros tais como a família enquanto dormem.

■ EDUCAÇÃO

Inclui atividades necessárias para o aprendizado e participação em ambiente.

- **Participação na educação formal** – Inclui as categorias acadêmicas (ex., matemática, leitura, aquisição de titulação), não acadêmicas (ex., recreio, refeitório, corredores), extracurricular (ex., esportes, bandas, animação de torcidas, dança), e participação vocacional (pré vocacional e vocacional).
- **Exploração das necessidades ou interesses educacionais pessoais informais (além da educação formal)** – Identificar tópicos e métodos para obter informações ou habilidades de tópicos relacionados.
- **Participação pessoal informal na educação** – Participar de aulas, programas e atividades que forneçam instrução/treinamento em áreas identificadas de interesse.

■ TRABALHO

Inclui atividades necessárias para o envolvimento remunerado em empregos ou atividades voluntárias (MOSEY, 1996, p. 341).

- **Interesses e buscas por emprego** – Identificação e seleção de oportunidades de trabalho baseado em bens, limitações, gostos e aversões relativas ao trabalho (adaptado de MOSEY, 1996, p. 342).
- **Procura e aquisição de emprego** – Identificar e recrutar oportunidade de trabalho; completar, submeter, e rever material adequado a aplicação, preparar-se para entrevista; participar de entrevista e manter contato posterior; discutir sobre os benefícios do trabalho; e finalizar as negociações.
- **Desempenho no trabalho** – Desempenho no trabalho inclui padrões e habilidades no trabalho, gerenciamento do tempo; relacionamento com os colegas, superiores e clientes; criação, produção e distribuição de produtos e serviços; iniciar, continuar e completar o trabalho; e obediência as normas e procedimentos de trabalho.
- **Preparação e adequação para a aposentadoria** – Determinar aptidões, desenvolver interesses e habilidades, e selecionar atividades não vocacionais adequadas.
- **Interesse por voluntariado** – Determinar causas da comunidade, organizações ou oportunidades para trabalhos não remunerados relacionados às habilidades pessoais, interesses, localidade e tempo disponível.
- **Participação em voluntariado** – Desempenhar atividades de trabalho não remuneradas para o benefício de causas, organizações ou meios.

■ BRINCAR

“Qualquer atividade espontânea e organizada que ofereça satisfação, entretenimento, diversão e alegria” (PARHAM & FAZIO, 1997, p.252)

- **Brincar exploratório** – Identificar atividades de brincar apropriadas, as quais podem incluir o brincar exploratório, a prática de brincar, a brincadeira, os jogos com regras, o brincar construtivo e simbólico (adaptado de BERGEN, 1988, pp.64-65).
- **Participação no brincar** – participação no brincar; manter um equilíbrio entre o brincar e as outras áreas de ocupação; e obter, utilizar e conservar brinquedos, equipamentos e materiais apropriadamente.

■ LAZER

“Uma atividade não-obrigatória, motivada intrinsecamente e realizada durante o tempo livre, ou seja, um tempo livre de ocupações obrigatórias tais como o trabalho, o autocuidado e o sono” (PARHAM & FAZIO, 1997, p.250).

- **Exploração para o lazer** – Identificar interesses, habilidades, oportunidades, e atividades de lazer apropriadas.
- **Participação no lazer** – planejar e participar de atividades de lazer apropriadas, manter equilíbrio das atividades de lazer com outras áreas de ocupação; e obter, usar; e manter equipamentos e materiais de maneira adequada.

■ PARTICIPAÇÃO SOCIAL

“Padrões de comportamento organizados que são característicos e esperados de um indivíduo ou de uma dada posição dentro do sistema social” (MOSEY, 1996, p. 340).

- **Comunidade** – Envolvimento em atividades que resultem em interações sucedidas no nível comunitário (ex. vizinhança, organizações, trabalho, escola).
- **Família** – Envolvimento em “[atividades que resultam em] interações sucedidas em papéis familiares específicos desejados e/ou requeridos.
- **Coleguismo, amizade** – Envolvimento em atividades de níveis diferentes de intimidade, incluindo o envolvimento em atividades de desejo sexual.

Os fatores do cliente são substancialmente diferentes nos níveis da pessoa, da organização e da população. A seguir estão descritos os fatores do cliente para cada nível.

Pessoa

- **Valores, crenças e espiritualidade** influenciam a motivação do cliente para se envolver em ocupações e fornece significado para sua vida. *Valores* são princípios, normas ou qualidades considerados valiosos pelo cliente que as possui. *Crenças* é o conteúdo cognitivo tido como verdadeiro (MOYERS e DALE, 2007, p. 28). *Espiritualidade* é “A busca pessoal para compreender respostas para as questões recentes sobre a vida, sobre o significado e o relacionamento com o sagrado ou o transcendente, o qual pode (ou não) conduzir ou resultar em um desenvolvimento de rituais religiosos ou formação de comunidade” (MOREIRA-ALMEIDA e KOENIG, 2006, p. 844).
- **Funções do corpo** referem-se às “funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas)” (OMS, 2001, p. 10). Exemplos incluem funções sensoriais, mentais (afetivas, cognitivas e perceptuais), cardiovasculares, respiratórias e endócrinas (veja a Tabela 2 para lista completa).
- **Estruturas do corpo** são as “partes anatômicas do corpo, tais como os órgãos, membros e seus componentes” (OMS, 2001, p. 10). As funções e estruturas do corpo estão inter-relacionadas (por exemplo, o coração e os vasos sanguíneos são estruturas do corpo que apóiam a função cardiovascular. Ver Tabela 2).

A categorização de funções e estruturas do corpo como fatores do cliente é baseada na *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* proposta pela OMS (2001). A classificação foi selecionada porque ampla exposição e apresenta uma linguagem que é compreendida por expectadores externos.

Organização

- *Valores e crenças* incluem relato de visão, código de ética, relação de valores e espírito de equipe.

- *Funções* incluem planejamento, organização, coordenação e operacionalização de missão, produtos ou serviços e produtividade.
- *Estruturas* incluem os departamentos e as relações departamentais, liderança e gerenciamento, medidas de desempenho e cargos.

População

- *Valores e crenças* podem ser vistos como incluindo perspectivas emocionais, intencionais e tradicionais (FOUCAULT, 1973).
- *Funções* incluem economia, política, sociedade e cultura do país (WEBER, 1978).
- *Estrutura* pode incluir clientes tais como aqueles com semelhanças genéticas, orientação sexual e condições relacionadas à saúde (BAUM, BASS-HAUGEN e CHRISTIANSEN, 2005, p. 381).

Demandas da Atividade

Demandas da atividade referem-se às características específicas de uma atividade que influenciam o tipo e a quantidade de um esforço necessário para desempenhar uma atividade. Os profissionais da terapia ocupacional analisam as atividades para entender o que é requerido pelo cliente e determinar a relação entre os requisitos da atividade para o envolvimento na ocupação. As demandas da atividade incluem objetos específicos e suas propriedades usadas na atividade; o espaço físico requerido pela atividade; as demandas sociais; sequência e tempo do indivíduo (timing); ações requeridas ou habilidades necessárias para desempenhar a atividade; as funções e estruturas do corpo requeridas e usadas durante o desempenho da atividade (ver Tabela 3 para definições e exemplos).

As demandas da atividade são específicas de cada atividade. Uma troca da característica de uma atividade pode mudar a extensão da demanda em outro aspecto. Por exemplo, um aumento no número de etapas ou sequências de uma atividade aumenta a demanda nas habilidades de atenção.

TABELA 2. FATORES DO CLIENTE

Fatores do cliente incluem (1) valores, crenças, e espiritualidade; (2) funções do corpo; e (3) estruturas do corpo que residem dentro do cliente e podem afetar o desempenho em áreas de ocupação.

▪ **VALORES, CRENÇAS E ESPIRITUALIDADE**

Categoria e Definição	Exemplos
Valores: princípios, padrões ou qualidades consideradas gerais ou desejadas pelo cliente que as têm.	<p>Pessoa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Honestidade com ela mesma e com os outros 2. Convicções religiosas pessoais 3. Compromisso com a família <p>Organização</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obrigação para servir a comunidade 2. Lealdade <p>População</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liberdade para falar 2. Igualdade de oportunidades para todos 3. Tolerância em relação aos outros
Crenças: Conteúdo cognitivo considerado como verdadeiro.	<p>Pessoa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ele ou ela é sem poder para influenciar os outros 2. O trabalho pesado justifica <p>Organização</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Benefício é mais importante que pessoas 2. A realização da missão de prover serviços pode afetar positivamente mudanças no mundo <p>População</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pessoas podem influenciar o governo pelo voto 2. Acessibilidade é um direito, não um privilégio
Espiritualidade: “Uma busca pessoal para compreender as questões fundamentais sobre a vida, sobre o significado, e sobre o sagrado” (MOYERS & DALE, 2007, p.28).	<p>Pessoa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procura diária com o propósito e significado de uma vida única 2. Guia ações de um senso de valor, além de aquisições pessoais de riqueza ou fama <p>Organização e População (ver exemplo “Pessoa” relacionado a indivíduos dentro de uma organização ou população)</p>

(Continua)

TABELA 2. FATORES DO CLIENTE

(Continuação)

- **FUNÇÕES DO CORPO:** “As funções fisiológicas do sistema corporal (incluindo funções psicológicas)” (OMS, 2001, p.10). As “funções do corpo” selecionadas na tabela abaixo estão organizadas de acordo com a classificação da *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Para uma completa descrição e definição, ver OMS (2001).

Categorias	Funções do corpo comumente consideradas pelos profissionais de Terapia Ocupacional (sem intenção de ser uma lista de todas as inclusões)
<p>Função Mental (afetiva, cognitiva, perceptual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funções Mentais Específicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Alto-nível cognitivo ○ Atenção ○ Memória ○ Percepção ○ Pensamento ○ Função mental de sequenciamento do movimento complexo ○ Emocional ○ Experiência do “eu” e de tempo • Função Mental Global <ul style="list-style-type: none"> ○ Consciência ○ Orientação ○ Temperamento e personalidade ○ Energia e direção ○ Sono (processo fisiológico) 	<p>Funções Mentais Específicas Julgamento, formação de conceito, metacognição, flexibilidade cognitiva, “insight”, atenção, ciência</p> <p>Atenção sustentada, seletiva e dividida</p> <p>Memória a curto-prazo, a longo-prazo e de trabalho</p> <p>Discriminação de sensação (exemplo: auditiva, tátil, visual, olfativa, degustatória, proprioceptiva e vestibular), incluindo processo multisensorial, memória sensorial, espacial e relacionamentos temporais (CALVERT, SPENSE, & STEIN, 2004)</p> <p>Reconhecimento, categorização, generalização, ciência da realidade, pensamento lógico/coerente, e conteúdo de pensamento apropriado</p> <p>Execução de padrões de movimento aprendidos</p> <p>“Coping” e regulação do comportamento (SCHELL, COHN & CREPEAU, 2008).</p> <p>Imagem corporal, autoconceito e auto-estima</p> <p>Função Mental Global Nível de alerta, nível de consciência</p> <p>Orientação para pessoa, lugar, tempo, “eu” (si próprio), e outros</p> <p>Estabilidade emocional</p> <p>Motivação, controle de impulso e apetite</p>
<p>Função Sensorial e Dor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver ou relacionar funções, incluindo acuidade visual, fixação visual, funções do campo visual • Função auditiva • Função vestibular • Função gustativa • Função olfativa • Função proprioceptiva • Função tátil • Dor (ex. difusa, localizada, aguda e fantasma) • Temperatura e pressão 	<p>Função Sensorial e Dor Detecção/registro, modulação, integração das sensações do corpo e do ambiente</p> <p>Ciência visual do ambiente de várias distâncias</p> <p>Tolerância a sons do ambiente, ciência da localização e distância do sonais como o de um carro se aproximando</p> <p>Sensação da segurança de movimento contra a gravidade</p> <p>Associação do gosto</p> <p>Associação de cheiro</p> <p>Ciência da posição do corpo e espaço</p> <p>Conforto com a sensação de ser tocado por outros ou tocar várias texturas tais como alimentos</p> <p>Localização da dor</p> <p>Ciência térmica</p>

TABELA 2. FATORES DO CLIENTE

(Continuação)

FUNÇÕES DO CORPO:

Categorias	Funções do corpo comumente consideradas pelos profissionais de Terapia Ocupacional (sem intenção de ser uma lista com todas as inclusões)
<p>Funções Neuromusculoesquelética e relacionadas ao movimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funções articulares e ósseas <ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilidade articular ○ Estabilidade articular ○ Força muscular ○ Tônus muscular ○ Resistência muscular ○ Reflexos motores ○ Reflexos de movimentos involuntários ○ Controle dos movimentos voluntários ○ Padrões de marcha 	<p>Funções Neuromusculoesquelética e relacionadas ao movimento</p> <p>Amplitude de movimento articular</p> <p>Alinhamento postural (refere-se a estabilidade fisiológica na articulação relacionada a sua integridade estrutural quando comparada a habilidade motora de alinhamento do corpo enquanto movendo-se em relação ao objeto da tarefa)</p> <p>Força</p> <p>Grau de tônus muscular (ex. flacidez, espasticidade, flutuação)</p> <p>Resistência</p> <p>Alongamento, reflexo tônico cervical assimétrico e simétrico</p> <p>Endireitamento e apoio</p> <p>Coordenação olho-mão/pé, integração bilateral, cruzar linha média, controle motor grosso e fino e óculo-motor (ex. movimentos sacádicos, alcance, acomodação e binocularidade).</p> <p>Padrões de marcha e déficits, tais como marcha assimétrica, marcha rígida. (Nota: padrões de marcha são considerados em relação a como afetam a habilidade para envolver-se em ocupações nas atividades de vida diária)</p>
<p>Função dos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Função do Sistema Cardiovascular • Função do Sistema Hematológico e Imunológico • Função do Sistema Respiratório • Função e sensação adicional do sistema cardiovascular e respiratório 	<p>Função dos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório</p> <p>Função da pressão arterial (hipertensão, hipotensão, hipotensão postural), e batimento cardíaco</p> <p>(Nota: Os profissionais de terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e entendem de maneira geral a interação que ocorre entre essas funções para apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento na ocupação. Alguns terapeutas podem se especializar na avaliação e intervenção com uma função específica, assim como ela é relacionada para apoiar o desempenho e o envolvimento nas ocupações e atividades almeçadas para a intervenção).</p> <p>Frequência, ritmo, e profundidade da respiração</p> <p>Resistência física, capacidade aeróbica, vigor e fadiga</p>
<p>Funções da Fala e da Voz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funções da voz • Fluência e ritmo • Função de vocalização alternativa <p>Função do Sistema Digestivo, Metabólico e Endócrino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Função do sistema digestivo • Função do sistema endócrino e metabólico 	<p>(Nota: Os profissionais de terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e entendem de maneira geral a interação que ocorre entre essas funções para apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento na ocupação. Alguns terapeutas podem se especializar na avaliação e intervenção com uma função específica, tais como incontinência e desordens do assoalho pélvico assim como ela é relacionada para apoiar o desempenho e o envolvimento nas ocupações e atividades voltadas para a intervenção).</p>
<p>Função do Sistema Genitourinário e Reprodutivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Função urinária • Função reprodutiva e genital 	

TABELA 2. FATORES DO CLIENTE*(Continuação)*□ **FUNÇÕES DO CORPO:** *(Continuação)*

Categorias	Funções do corpo comumente consideradas pelos profissionais de Terapia Ocupacional (sem intenção de ser uma lista com todas as inclusões)
Função da Pele e Estruturas relacionadas <ul style="list-style-type: none"> • Funções da pele • Funções do cabelo e da unha 	Função da Pele e Estruturas relacionadas Funções protetivas da pele – presença ou ausência de feridas, cortes ou esfoliações Funções de reparação da pele – cicatrização da ferida <i>(Nota: Os profissionais de terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e entendem de maneira geral a interação que ocorre entre essas funções para apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento na ocupação. Alguns terapeutas podem se especializar na avaliação e intervenção com uma função específica, assim como ela é relacionada para apoiar o desempenho e o envolvimento nas ocupações e atividades voltadas para a intervenção).</i>

□ **ESTRUTURAS DO CORPO:** Estruturas do corpo são “partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros, e seus componentes [que suportam as funções do corpo] (OMS, 2001, p.10). A seção das “Estruturas do Corpo” da tabela abaixo é organizada de acordo com a classificação da CIF. Para uma descrição completa e definições, rever OMS (2001).

Categorias	Exemplos que não estão delineados na “Função do Corpo”
Estrutura do sistema nervoso Olhos, ouvidos e estruturas relacionadas Estruturas envolvidas na voz e fala Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório Estruturas relacionadas ao sistema digestivo, metabólico e endócrino Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo Estruturas relacionadas ao movimento Pele e estruturas relacionadas	<i>(Nota: Os profissionais de terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e entendem de maneira geral a interação que ocorre entre essas funções para apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento na ocupação. Alguns terapeutas podem se especializar na avaliação e intervenção com uma função específica, assim como ela é relacionada para apoiar o desempenho e o envolvimento nas ocupações e atividades voltadas para a intervenção).</i>

Nota: Alguns dados são adaptados da CIF (OMS, 2001).

TABELA 3. DEMANDAS DA ATVIDADE

Os aspectos de uma atividade, na qual se incluem os objetos e suas propriedades, espaço, demandas sociais, tempo ou sequência, ações e habilidades requeridas, funções básicas do corpo requeridas e estruturas do corpo necessárias para realizar uma atividade.

Aspectos da Demanda da Atividade	Definição	Exemplos
Objetos e suas propriedades	Ferramentas, materiais e equipamentos usados no processo de desenvolvimento da atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Ferramentas (ex. tesouras, pratos, sapatos, bola de vôlei) • Materiais (ex. calça, leite, batom) • Equipamentos (ex. banquetas, fogão, cesta de basquete) • Propriedades inerentes (ex. pesado, áspero, agudo, colorido, amargo, saboroso)
Demandas do espaço (relacionadas ao contexto físico)	Necessidades de ambiente físico para atividade (ex. tamanho, arranjo, superfície, iluminação, temperatura, barulho, umidade e ventilação)	<ul style="list-style-type: none"> • Largura, lugares de espaço aberto requerido para um jogo de basquete • Porta de banheiro e largura do portal para acomodar cadeira de rodas • Barulho, luminosidade, e controle de temperatura para uma biblioteca
Demandas sociais (relacionadas ao ambiente social e contexto cultural)	Ambiente social e contexto cultural que pode ser requerido por uma atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Regras do jogo • Expectativa dos outros participantes nas atividades (ex. divisão de suprimentos, usar linguagem apropriada para o evento)
Sequência e tempo	Processo usado para desenvolver a atividade (ex. passos específicos, sequência, tempo requerido)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Passos para fazer um chá:</i> segurar a xícara e o saquinho de chá, aquecer a água, colocar a água na xícara, e assim por diante. <ul style="list-style-type: none"> ○ Sequência: Aquecer a água antes de colocar o saquinho de chá na água. ○ Tempo: Deixar o saquinho de chá descansar por 2 minutos. • <i>Passos para conduzir um evento:</i> Estabelecer objetivos para o encontro, organizar o tempo, a hora e o local para o encontro, preparar a agenda do encontro, avisar sobre o encontro <ul style="list-style-type: none"> ○ Sequência: Fazer com que as pessoas se apresentem antes de começar a discussão do tópico. ○ Tempo: Deixar tempo suficiente para discussões e determinar os itens de ação.
Ações requeridas e habilidades de desempenho	Habilidades usuais que seriam requeridas por qualquer executor para desenvolver a atividade. Habilidades de desempenho sensorial, perceptual, motora, prática, emocional, cognitiva, de comunicação e social devem ser consideradas. As habilidades de desempenho demandadas por uma atividade serão correlacionadas com as demandas de outros aspectos da atividade (ex. objetos, espaço)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir o calor do forno • Pegar o cabo • Escolher roupa de festa • Determinar como mover os membros para controlar o carro • Ajustar o tom de voz • Responder uma pergunta
Funções do corpo requeridas	“Função fisiológica do sistema do corpo (incluindo funções psicológicas)” (OMS, 2001, p.10) que são requeridas para apoiar as ações usadas para realizar uma atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilidade articular • Nível de consciência
Estruturas do corpo requeridas	“Partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes (que apoiam a função do corpo)” (OMS, 2001, p.10) que são requeridas para desempenhar a atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Número de mãos • Número de olhos

Habilidades de Desempenho

Várias abordagens têm sido utilizadas para descrever e categorizar as *habilidades de desempenho*. A literatura de Terapia Ocupacional, de pesquisa e prática, oferece múltiplas perspectivas sobre a complexidade e os tipos de habilidades usadas durante o desempenho.

De acordo com Fischer (2006), *habilidades de desempenho* são ações observáveis, concretas, com metas objetivas e direcionadas usadas pelos clientes para se envolverem em ocupações da vida diária. Fischer, além disso, define essas habilidades como unidades pequenas e mensuráveis em uma cadeia de ações que são observadas à medida que uma pessoa desempenha tarefas significativas. Elas são aprendidas e desenvolvidas ao longo do tempo e são situadas em contextos e ambientes específicos. Fischer categoriza as habilidades de desempenho como: Habilidades Motoras, Habilidades Processuais, Habilidades de Comunicação/Interação. Rogers e Holm (2008) propõe que durante tarefas específicas, as habilidades de desempenho e as diversas funções e estruturas do corpo se reúnem em uma combinação única e surgem para afetar o desempenho na vida real.

Dado que as **habilidades de desempenho** são descritas e categorizadas em múltiplas formas, dentro da *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional*, estas são definidas como as habilidades que os clientes demonstram nas ações que desempenham. As categorias das habilidades de desempenho das pessoas são inter-relacionadas e incluem:

- **Habilidades Prática e Motora.**
- **Habilidades Percepto-Sensoriais.**
- **Habilidades de Regulação Emocional.**
- **Habilidades Cognitivas.**
- **Habilidades Sociais e de Comunicação.**

Várias funções e estruturas do corpo enfatizam e capacitam o desempenho (ROGERS e HOLM, 2008). Considerando que as funções do corpo, tais como a mental (afetiva, cognitiva, perceptual), a sensorial, a neuromuscular e aquela relacionada ao movimento (OMS, 2001) refletem as capacidades que residem no corpo, as habilidades de desempenho são habilidades demonstradas pelos clientes. Por exemplo, as habilidades práticas podem ser observadas através das ações dos

clientes como uma imitação, um sequenciamento e uma construção; habilidades cognitivas podem ser observadas quando o cliente demonstra organização, gestão de tempo e segurança; e habilidades de regulação emocional podem ser observadas através de comportamentos do cliente ao demonstrar expressões emocionais apropriadamente. Numerosas funções do corpo constituem a base para as habilidades de desempenho.

Múltiplos fatores, tais como o contexto no qual a ocupação é desempenhada, as demandas específicas da atividade e as funções e estruturas do corpo do cliente, influenciam as habilidades deste para adquirir ou demonstrar habilidades de desempenho. As habilidades de desempenho, fortemente relacionadas, são usadas em combinação uma com outra para permitir que o cliente desempenhe uma ocupação. A mudança em uma habilidade de desempenho pode afetar outra habilidade de desempenho. Na prática e em algumas literaturas, habilidades de desempenho frequentemente são classificadas em várias combinações, tais como habilidades percepto-motoras e habilidades sócio-emocionais. A tabela 4 fornece definições e seleciona exemplos de cada categoria.

Os profissionais da terapia ocupacional observam e analisam as habilidades de desempenho a fim de compreender a transação dentre os fatores básicos que apóiam ou não o envolvimento na ocupação e o desempenho ocupacional. Por exemplo, quando se observa uma pessoa preenchendo um cheque, o profissional da terapia ocupacional observa as habilidades motoras de preensão e manipulação dos objetos e as habilidades cognitivas de iniciação e sequenciamento dos passos dessa atividade. As habilidades observadas são apoiadas pelas funções do corpo relacionadas ao movimento e cognição e, pelo contexto ambiental de um banco. O desempenho ocupacional eficiente, observado em um jogo de tênis, ou ao tocar piano, requer múltiplas combinações de habilidades de desempenho.

Outras referências que divulgam a terapia ocupacional relacionadas às habilidades de desempenho são: Bloom, Krathwohl e Masia (1984), Chapparo e Ranka (1997), Harrow (1972), Fischer (2006). Informações detalhadas sobre o modo como as habilidades são utilizadas na prática da Terapia Ocupacional também podem ser encontradas na literatura de teorias específicas, tais como a teoria de integração sensorial (AYRES, 1972, 2005), e a teoria de aprendizagem motora e de controle motor (SHUMWAY-COOK e WOLLACOTT, 2007).

TABELA 4. HABILIDADES DE DESEMPENHO

Habilidades de desempenho são as habilidades que os clientes demonstram nas ações que eles desempenham.

Habilidades	Definição	Exemplos
Habilidades Prática e Motora	<p><i>Motor:</i> Ações ou comportamentos que um cliente usa para mover e interagir fisicamente com tarefas, objetos, contextos e ambientes (adaptado do FISCHER, 2006) incluem planejamento, sequenciamento e execução de novos movimentos.</p> <p><i>Prática:</i> Habilidades de movimentos propositados (HEILMAN & ROTH, 1993). Habilidade para realizar atos motores sequenciados como parte de um plano geral ao invés de atos individuais (LIEPMANN, 1920). Habilidade para realizar atividades motoras aprendidas, incluindo um comando verbal ou imitação, construção visuo-espacial, habilidades motora oral e ocular, imitação de uma pessoa ou objeto e sequenciamento de ações (AYRES, 1985; FILLEY, 2001). Organização de sequência temporal de ações dentro de contexto espacial, o qual constitui-se em ocupação com sentido (BLANCHE & PARHAM, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Curvar</i> ou <i>alcançar</i> um brinquedo ou um instrumento em caixa de ferramenta • <i>Dosar</i> o ritmo do movimento para limpar o quarto • <i>Coordenar</i> os movimentos do corpo para completar uma tarefa e de trabalho • <i>Manter o equilíbrio</i> enquanto caminha em uma superfície irregular ou enquanto toma banho • <i>Antecipar</i> ou <i>ajustar a postura e posição do corpo</i> em resposta à circunstâncias ambientais, tais como obstáculos • <i>Manipular</i> chaves ou fechadura para abrir uma porta
Habilidades Percepto-Sensorial	<p>Ações ou comportamentos que um cliente usa para localizar, identificar e responder sensações e para selecionar, interpretar, associar, organizar e lembrar de eventos sensoriais com base nas experiências discriminativas através de uma variedade de sensações que incluem a visão, a audição, a propriocepção, o tato, o olfato, o paladar e o vestibular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Posicionamento do corpo</i> na localização exata para um salto seguro • <i>Ouvir e localizar</i> a voz de seu filho em uma multidão • <i>Visualmente</i> determinar o tamanho correto de um vasilhame para a sopa que sobrou • <i>Localizar</i> as chaves pelo toque em muitos objetos no bolso ou bolsa (estereognosia) • <i>Achar o tempo apropriado</i> para atravessar a rua com segurança por determinação de sua própria posição e velocidade relativa ao tráfego • <i>Discernir</i> sabores diferentes em comidas e bebidas
Habilidades de Regulação Emocional	<p>Ações ou comportamento que o cliente usa para identificar, gerenciar e expressar sentimentos enquanto se envolve em atividades ou na interação com outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Responder</i> aos sentimentos dos outros por agradecimento ou mostrar apoio • <i>Persistir</i> em uma tarefa apesar das frustrações • <i>Controlar</i> a raiva pelos outros e reduzir atos agressivos • <i>Recuperar-se</i> de uma lesão ou decepção sem repreender os outros • <i>Mostrar</i> as emoções que são apropriadas as situações • <i>Utilizar</i> estratégias de relaxamento para lidar com eventos estressantes
Habilidades Cognitivas	<p>Ações ou comportamentos que um cliente usa para planejar o desempenho de uma atividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Julgar</i> a importância ou relevância de roupas para uma circunstância • <i>Selecionar</i> ferramentas e suprimentos necessários para limpar o banheiro • <i>Sequenciar</i> tarefas necessárias para um projeto escolar • <i>Organizar</i> atividades dentro do tempo exigido para chegar no momento certo • <i>Priorizar</i> passos e <i>identificar</i> soluções para acessar transporte • <i>Criar</i> diferentes atividades com amigos que são divertidos, novos e prazerosos • <i>Fazer multi-tarefas</i> – fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo, necessário para tarefas como trabalhar, dirigir e gerenciar a casa.

TABELA 4. HABILIDADES DE DESEMPENHO*(Continuação)*

Habilidades	Definição	Exemplos
Habilidades Sociais e de Comunicação	Ações ou comportamentos que um cliente usa para comunicar e interagir com outros em um ambiente interativo (FISHER, 2006).	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Olhar</i> para onde alguém está apontando ou fitando • <i>Gesticular</i> para enfatizar intenções • <i>Manter</i> espaço físico aceitável durante um diálogo • <i>Iniciar e responder</i> questões com informação relevante • <i>Alternar</i> durante um intercâmbio com outra pessoa verbalmente ou fisicamente • <i>Conhecer</i> as perspectivas de outra pessoa durante um intercâmbio

Padrões de Desempenho

Padrões de desempenho se referem aos **hábitos, rotinas, papéis e rituais** usados no processo de envolvimento em ocupações ou atividades. *Hábitos* se referem a comportamentos específicos e automáticos que podem ser úteis, dominante ou exaustivo (CLARK, 2000; NEISTAD e CREPEAU, 1998), enquanto *rotinas* são sequências estabelecidas de ocupações ou atividades que fornecem uma estrutura para a vida diária. As rotinas também podem promover saúde ou prejudicá-la (FIESE et al., 2002; SEGAL, 2004). *Papéis* são conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e que podem ser, além disto, conceituados e definidos pelo cliente. Os papéis podem fornecer orientação na seleção de ocupações ou podem conduzir a padrões de envolvimento restritos e estereotipados. Jackson (1998a, 1998b) adverte que descrever pessoas através de seus papéis pode ser limitante, assim como promover ocupações segmentadas ao invés de envolvidas. Quando se considera os papéis dentro da terapia ocupacional, os praticantes da terapia ocupacional estão preocupados sobre o modo como os clientes constroem suas ocupações para preencher seus papéis e identidades, e reforçar seus valores e crenças. *Rituais* são ações simbólicas com significados espirituais, culturais ou sociais, que contribuem para a identidade do cliente e reforçam suas crenças e valores (FIESE et. al., 2002; SEGAL, 2004). Hábitos, rotinas, papéis e rituais podem apoiar ou impedir o desempenho ocupacional.

Pessoas, organizações e populações demonstram padrões de desempenho na vida diária. Eles se desenvolvem ao longo do tempo e são influenciados por

todos os aspectos do domínio. Quando os profissionais consideram os padrões de desempenho do cliente, esses são mais aptos a compreender a frequência e a maneira através da qual as habilidades de desempenho e as ocupações estão integradas na vida do cliente. Um cliente pode ter habilidade ou capacidade para as habilidades de desempenho, mas se ele ou ela não adequar estas habilidades de desempenho em um contexto produtivo de padrões de envolvimento, a saúde e a participação podem ser afetadas negativamente. Por exemplo, um cliente que tem habilidades e recursos para se cuidar, tomar banho e preparar refeições, mas não as desenvolve em uma rotina consistente, pode desenvolver uma nutrição deficitária e isolamento socialmente. As tabelas 5a, 5b e 5c fornecem exemplos sobre os padrões de desempenho de pessoas, organizações e populações.

Contexto e Ambiente

O envolvimento de um cliente na ocupação acontece em um ambiente físico e social, situado dentro de um contexto. Na literatura, os termos *ambiente* e *contexto* frequentemente são usados de forma intercambiável. Na *Estrutura da Prática*, ambos os termos são usados para refletir a importância de se considerar a grande variedade de condições inter-relacionadas, ambos internos e externos ao cliente, que influenciam em seu desempenho.

O termo **ambiente** refere-se aos ambientes físicos externos, e sociais que circundam o cliente e no qual suas ocupações diárias ocorrem. **Ambiente físico** refere-se ao ambiente natural e construído e aos objetos neles. O **ambiente social** é construído pela presença, relações e expectativas de pessoas, grupos e organizações com quem o cliente tem contato.

O termo *contexto* refere-se a uma variedade de condições inter-relacionadas que estão ao alcance do cliente e o cercam. Esses contextos inter-relacionados frequentemente são menos alcançáveis do que os ambientes físicos e sociais, mas, apesar de tudo, exercem uma forte influência no desempenho. Contextos, como descritos na *Estrutura da Prática*, são **cultural, pessoal, temporal e virtual**. O *contexto cultural* inclui costumes, crenças, padrões de atividades e de comportamentos e expectativas aceitas pela sociedade na qual o cliente é membro. *Contexto pessoal* refere-se às características demográficas do indivíduo, tais como idade, gênero, *status* sócio-econômico e nível educacional que não são parte de

uma condição de saúde (OMS, 2001). O *contexto temporal* inclui estágios da vida, hora do dia ou época do ano, periodicidade, ritmo da atividade ou história. O *contexto virtual* refere-se às interações simuladas, em tempo real ou a situações que não fazem parte do contexto físico. Alguns contextos são externos ao cliente (por exemplo, o virtual), enquanto outros são internos ao cliente (por exemplo, o pessoal) e outros podem ter ambas as características externas, crenças e valores internalizados (por exemplo, o contexto cultural).

TABELA 5A. PADRÕES DE DESEMPENHO – PESSOA

Padrões de comportamento relacionados às atividades de vida diária de uma pessoa ou de outros significantes que são hábitos ou rotinas.

	Exemplos
<p>Hábitos – “Comportamento automático que é integrado a padrões mais complexos que capacitam as pessoas a funções do dia-a-dia” (NEISTADT & CREPEAU, 1998, p.869). Os hábitos podem ser úteis, dominantes ou empobrecidos ou ainda apoiar e interferir no desempenho nas áreas de ocupação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar automaticamente a chave do carro no mesmo lugar - Olhar espontaneamente para ambos os lados antes de atravessar a rua - Mover-se repetidamente para frente e para trás quando solicitado a iniciar uma tarefa - Ativar e desativar repetidamente o sistema de alarme antes de entrar em casa - Manter a exata distância entre todos os cabides quando pendura a roupa no armário
<p>Rotinas – Padrões de comportamento que são observáveis, regulares, repetitivos e que fornecem estrutura para a vida diária. Eles podem satisfazer, promover ou danificar. As rotinas requerem um compromisso momentâneo de tempo e são embebidas em contextos ecológicos e culturais (FIESE et. al., 2002; SEGAL, 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir a sequência matinal para completar o toalete, o banho, higiene e vestuário - Seguir a sequência de passos envolvidos na preparação de uma refeição
<p>Rituais – Ações simbólicas com significados sociais, culturais ou espirituais contribuindo para a identidade do cliente e para reforçar valores e crenças. Rituais têm um forte componente afetivo e representa uma coleção de eventos (FIESE et. al., 2002; SEGAL, 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usar escova de cabelo antiga, herdada e penteia o cabelo com cem escovadas por noite como sua mãe costumava fazer - Preparar as refeições do final de semana com a receita tradicional ou favorita, usando os pratos designados - Beijar um livro sagrado antes de abri-lo para sua leitura
<p>Papéis – Um conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura podem ser mais aprofundadamente conceituados e definidos pelo cliente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mãe de um adolescente com deficiência no desenvolvimento - Aluno com dificuldade de aprendizagem estudando informática - Retorno de um executivo para trabalhar após vivenciar um acidente vascular cerebral

Nota: As informações sobre a seção “Hábitos” desta tabela foi adaptada de Dunn (2000b)

TABELA 5B. PADRÕES DE DESEMPENHO – ORGANIZAÇÃO*Padrões de comportamento relacionados ao funcionamento diário de uma organização.*

	Exemplos
<p>Rotinas – Padrões de comportamento que são observáveis, regulares, repetitivos e que fornecem estrutura para a vida diária. Elas podem satisfazer, promover ou danificar. As rotinas requerem um compromisso momentâneo de tempo e são embebidas em contextos ecológicos e culturais (FIESE et. al., 2002; SEGAL, 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter uma agenda regular de reuniões entre equipe, diretores e executivos - Entregar documentação em data programada referente a relatórios anuais e planos estratégicos - Entregar documentação previamente agendada em escala - Seguir a sequência de um comando - Seguir rotinas de segurança (ex. sinal de entrar e sair, usar senhas) - Manter o padrão de vestimenta (ex. sexta-feira informal) - Socializar durante os intervalos, no almoço e no bebedouro - Seguir o começo ou o fim de rotinas (ex. abrir ou fechar as dependências) - Oferecer atividades para encontrar as expectativas de desempenho ou padrões
<p>Rituais – Ações simbólicas que têm significado, contribuindo para a identidade da organização e reforçando valores e crenças (adaptado de FIESE et. al., 2002; SEGAL, 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar festas de feriado e piqueniques da empresa - Conduzir indução, reconhecimento e cerimônias de aposentadoria - Organizar a festa anual de fim de ano ou conferências - Manter atividades para angariar fundos para organizações que apoiam caridades locais
<p>Papéis – Um conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura que podem ser posteriormente conceituados e definidos pelo cliente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organização sem fins lucrativos fornece moradia para pessoas que vivem com doença mental - Organização humanitária distribui comida e donativos de roupa para refugiados - Universidade educa e fornece serviço à comunidade ao redor

Nota: Neste documento, os hábitos são endereçados somente na tabela 5A (Pessoa)

TABELA 5C. PADRÕES DE DESEMPENHO – POPULAÇÃO*Padrões de comportamento relacionados à população.*

	Exemplos
<p>Rotinas – Padrões de comportamento que são observáveis, regulares, repetitivos e que fornecem estrutura para a vida diária. Eles podem satisfazer, promover ou danificar. As rotinas requerem um compromisso momentâneo de tempo e são embebidas em contextos ecológicos e culturais (FIESE et.al., 2002; SEGAL, 2004).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir práticas de saúde, tais como o cartão de imunização para crianças e consulta de saúde anual para adultos - Seguir práticas de negócio, tais como prover serviços para populações em desvantagem (ex. empréstimo para grupos não representados) - Seguir procedimentos legislativos, tais como aqueles associados a programas de saúde - Seguir o costume social para saudações
<p>Rituais – Rituais são ações sociais compartilhadas com tradição, emoção, propósito e significado tecnológico, contribuindo para valores e crenças de uma população</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar celebrações culturais - Organizar paradas ou demonstrações - Mostrar alianças nacionais/afiliações - Seguir práticas culturais, espirituais e religiosas tais como tocar a "mezuzah" ou usar a água benta quando deixar/entrar e, rezar na "Mecca"
<p>Papéis</p>	<p>- VER DESCRIÇÃO DESSAS ÁREAS PARA INDIVÍDUOS DENTRO DA POPULAÇÃO</p>

Nota: Neste documento, os hábitos são endereçados somente na tabela 5A (Pessoa)

TABELA 6. CONTEXTOS E AMBIENTES

Contexto e ambiente (incluindo cultural, pessoal, temporal, virtual, físico e social) refere-se a uma variedade de condições inter-relacionadas dentro e ao redor do cliente, que influencia o desempenho.

O termo *contexto* se refere à variedade de condições inter relacionadas que estão dentro e ao redor do cliente. Contextos incluem o cultural, o pessoal, o temporal, e o virtual. O termo *ambiente* se refere ao meio físico externo e ambientes sociais que circundam o cliente e no qual as ocupações de vida diária dele ocorrem.

Contexto e Ambientes	Definição	Exemplos
Cultural	Costumes, crenças, padrões de atividades, modelos de comportamento e expectativas aceitas pela sociedade na qual o cliente é membro. Inclui classificação étnica e valores assim como aspectos políticos, tais como leis que afetam o acesso a recursos e asseguram direitos pessoais. Também inclui oportunidades para educação, emprego e apoio econômico.	<i>Pessoa:</i> Cumprimentar com as mãos, quando apresentado <i>Organização:</i> Os empregados marcam o fim do trabalho da semana usando uma roupa informal na sexta-feira <i>População:</i> Celebrar o Dia da Independência
Pessoal	"[A]spectos do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou estado de saúde" (OMS, 2001, p.17). O contexto pessoal inclui idade, gênero, estado sócio-econômico e estado educacional. Pode também incluir níveis organizacionais (ex. voluntários e empregados) e nível da população (ex. membros da sociedade).	<i>Pessoa:</i> Vinte e cinco anos de idade, desempregado, sexo masculino, com alto nível escolar <i>Organização:</i> Voluntários trabalhando em abrigos de sem-teto <i>População:</i> Adolescentes que estão grávidas ou que serão mães
Temporal	"Local do desempenho ocupacional no tempo" (NEISTADT & CREPEAU, 1998, p.292). A experiência de tempo quando moldada pelo envolvimento em ocupações. Os aspectos temporais da ocupação "que contribuem para os padrões de ocupações diárias" são "ritmo... tempo... sincronização... duração...e sequência" (LARSON & ZEMKE, 2004, p.82; ZENKE, 2004, p.610). Inclui estágios da vida, hora do dia ou ano, duração, ritmo da atividade ou história.	<i>Pessoa:</i> Pessoa que está aposentada do trabalho há 10 anos <i>Organização:</i> Campanha anual para angariar fundos <i>População:</i> Envolvimento em lanches da tarde
Virtual	Ambiente na qual a comunicação ocorre por meio aéreo ou por computador e, em ausência de contato físico. Inclui tempo real ou simulado ou tempo aproximado existente em ambiente de sala de bate-papo, email, vídeo conferência, rádio transmissores.	<i>Pessoa:</i> Enviar mensagem de texto para um amigo <i>Organização:</i> Vídeo conferência, conferência telefônica, mensagens instantâneas, quadro branco interativo entre todos os membros <i>População:</i> Comunidade virtual de jogadores
Físico	Ambiente natural ou construído não-humano e os objetos dele: <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente natural inclui território geográfico, qualidades sensoriais do ambiente, plantas e animais • Ambiente construído e objetos que incluem edificações, mobiliários, ferramentas ou dispositivos 	<i>Pessoa:</i> Casa do indivíduo, apartamento, <i>Organização:</i> Edifício comercial, fábrica <i>População:</i> Sistema de transporte
Social	É construído por presença, relacionamentos e expectativas de pessoas, organizações, populações. <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade e expectativa de indivíduos significantes; tais como esposa, amigos e cuidadores. • Relacionamentos com indivíduos, grupos ou organizações • Relacionamentos com sistemas (ex. político, legal, econômico, institucional) que são de influência no estabelecimento de normas, expectativas em relação a papéis, e rotinas sociais. 	<i>Pessoa:</i> Amigos, colegas <i>Organização:</i> Quadro de avisos <i>População:</i> Governo municipal

AVALIAÇÃO
<p>Perfil Ocupacional – Passo inicial no processo de avaliação que fornece uma compreensão das experiências e histórias ocupacionais do cliente, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades. Os problemas e preocupações do cliente sobre o desempenho em ocupações e atividades de vida diária são identificados e as prioridades do cliente são determinadas.</p> <p>Análise do Desempenho Ocupacional – Passo no processo de avaliação durante o qual as habilidades, problemas ou problemas potenciais do cliente são mais especificadamente identificados. O desempenho real é frequentemente observado no contexto para identificar o que apóia o desempenho e o que o impede. As habilidades de desempenho, padrões de desempenho, contexto ou contextos, as demandas da atividade e os fatores do cliente são todos considerados, mas somente os aspectos selecionados devem ser avaliados em específico. Resultados almejados são identificados.</p>
INTERVENÇÃO
<p>Plano de Intervenção – Plano que irá guiar as ações tomadas e que é desenvolvido em colaboração com o cliente. Isto é baseado na seleção de teorias, estruturas de referência e evidência. Os resultados a serem focados são confirmados.</p> <p>Implementação da Intervenção – Ações contínuas tomadas para influenciar e apoiar a melhora do desempenho do cliente. As intervenções são direcionadas a resultados identificados. Resposta do cliente é monitorada e documentada.</p> <p>Revisão da Intervenção – Revisão do plano de intervenção e do processo assim como o seu progresso em relação aos resultados determinados.</p>
RESULTADOS (Apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupação)
<p>Resultados – Determinação do sucesso em alcançar os resultados determinados e desejados. A informação da avaliação do resultado é usada para planejar ações futuras com o cliente e para avaliar o programa de serviço (ex. programa de avaliação).</p>

Figura 5. Processo de Prestação de Serviço

O processo de fornecer o serviço é aplicado dentro do domínio profissional para apoiar a saúde do cliente e a participação.

O envolvimento do cliente na ocupação se desenvolve nos seus ambientes físico e social, e reflete sua interdependência com esses ambientes. O contexto cultural frequentemente influencia o modo como as ocupações são escolhidas, organizadas e priorizadas. Contextos e ambientes afetam a acessibilidade do cliente à ocupações e influenciam a qualidade do desempenho e da satisfação desse desempenho. O cliente que tenha dificuldade em desempenhar de forma efetiva suas ocupações em um contexto ou ambiente pode ser bem sucedido quando o ambiente ou o contexto for modificado. O contexto dentro do qual o envolvimento na ocupação ocorre é único para cada cliente. Contextos e ambientes estão inter-relacionados entre si e com todos os outros aspectos do domínio (veja Tabela 6 para descrição dos diferentes tipos de contextos e ambientes).

Processos da Terapia Ocupacional

Visão Geral

Esta segunda edição da *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional* descreve o processo que delinea o modo no qual os profissionais de terapia ocupacional operacionalizam as suas especialidades para proporcionar serviços aos clientes (veja Figura 5). Esse processo inclui avaliação, intervenção e revisão da intervenção; está relacionado com o domínio e envolve colaboração entre o terapeuta ocupacional, o assistente de terapia ocupacional e o cliente. Os profissionais de terapia ocupacional são requeridos a manter credenciais apropriadas e se submeter a normas éticas, as leis existentes e requisitos regulamentares para cada passo do processo da Terapia Ocupacional.

Muitas profissões usam o processo de avaliação, intervenção e os resultados objetivos da intervenção. Contudo, somente profissionais de terapia ocupacional focam este processo com o objetivo final de apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupações. Profissionais de terapia ocupacional também usam as ocupações como um método para implementação da intervenção ao envolver os clientes através de processos em ocupações que são terapeuticamente selecionadas. Os profissionais usam a ocupação como ambos, meio e fim, em uma aplicação única do processo (TROMBLY, 1995).

Embora o propósito de organização da *Estrutura da Prática* descreva o processo de uma forma linear, na realidade, o processo não ocorre em uma sequência, de modo passo a passo (veja Tabela 7). Em vez disso, ele é fluído e dinâmico, permitindo que os profissionais de terapia ocupacional operem com um foco ininterrupto nos resultados enquanto continuamente refletem as mudanças em seus planos gerais para acomodar novos desenvolvimentos e “insights” ao longo do caminho.

A terapia ocupacional envolve a facilitação de interações entre o cliente, seus ambientes ou contextos e suas atividades ou ocupações, com o propósito de ajudá-lo a alcançar os resultados desejados que apóiam a saúde e a participação na vida. Os profissionais de terapia ocupacional aplicam teorias, evidências, conhecimentos e habilidades com respeito ao uso terapêutico de ocupações para afetar positivamente a saúde do cliente, seu bem-estar e sua satisfação na vida.

Uma definição mais ampla de *cliente*, incluída neste documento, é indicativa de um envolvimento crescente dos profissionais no fornecimento de serviços, não

somente a uma pessoa, mas também a organizações e populações. Independentemente se o cliente é uma pessoa, uma organização ou uma população, o que o cliente deseja, suas necessidades, seus riscos ocupacionais, e seus problemas são avaliados e a informação é coletada, sintetizada e estruturada sob uma perspectiva ocupacional. Essa perspectiva é baseada em teorias, conhecimentos, habilidades geradas e usadas pelo profissional e informada pelas evidências disponíveis. As preocupações dos clientes são vistas dependendo do problema ou riscos no desempenho ocupacional.

Profissionais de terapia ocupacional desenvolvem uma relação de colaboração com seus clientes, com o propósito de entender suas experiências e desejos para intervenção, como é visto na Figura 2. Essa abordagem colaborativa, que é usada ao longo do processo, honra a contribuição do cliente e do profissionais da terapia ocupacional. Clientes trazem o conhecimento a partir de sua experiência de vida e sobre suas **esperanças** e sonhos para o futuro. Eles identificam e compartilham suas necessidades e prioridades. Os profissionais de terapia ocupacional trazem seu conhecimento sobre como o envolvimento em ocupações afeta a saúde e o desempenho. Essa informação é atrelada ao **raciocínio clínico** do profissionais de terapia ocupacional e às perspectivas teóricas, para observar, analisar, descrever e interpretar o desempenho humano criticamente. Os profissionais de terapia ocupacional também aplicam o conhecimento e habilidades para reduzir os efeitos da doença, deficiência e privação e para promover saúde e bem-estar. Juntos, profissionais de terapia ocupacional e clientes identificam e priorizam o foco do plano de intervenção. Essa colaboração pode incluir a família, outras pessoas significativas, membros da comunidade e intervenientes que afetam ou são afetados pelo envolvimento do cliente em ocupação, saúde e participação.

O indivíduo raramente é o foco exclusivo da intervenção. Por exemplo, as necessidades de uma criança em situação de risco podem ser o impulso inicial para uma intervenção, mas as preocupações e prioridades dos pais, familiares e órgãos de saúde também são considerados. Semelhantemente, serviços direcionados às habilidades de vida independente para adultos que lidam com distúrbios mentais persistentes e graves podem envolver as necessidades e expectativas do Estado e agências de serviços locais, assim como os grupos de negócios.

Ao longo do processo, os profissionais de terapia ocupacional estão envolvidos continuamente no raciocínio clínico sobre o envolvimento do cliente em

ocupações. O raciocínio clínico permite ao terapeuta ocupacional (1) identificar as múltiplas demandas, habilidades e potencial de significados da atividade e (2) obter conhecimento mais aprofundado sobre a relação entre os aspectos do domínio que afetam o desempenho e aqueles que poderão apoiar as intervenções e os resultados centrados no cliente.

TABELA 7. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação		Intervenção			Resultados
<i>Perfil Ocupacional</i>	<i>Análise do Desempenho Ocupacional</i>	<i>Plano de Intervenção</i>	<i>Implementação da Intervenção</i>	<i>Revisão da Intervenção</i>	<i>Apoiando a Saúde e a Participação na Vida através do Envolvimento na Ocupação</i>
<p>Identificar * Quem é o cliente?</p> <p>* Por que o cliente está procurando o serviço?</p> <p>* Quais as ocupações e atividades são bem sucedidas ou estão causando problemas?</p> <p>* Quais contextos e ambientes apóiam ou inibem os resultados desejados?</p> <p>* Qual é a história ocupacional do cliente?</p> <p>* Quais são as prioridades do cliente e os resultados desejados?</p>	<p>* Sintetizar as informações do perfil ocupacional.</p> <p>* Observar o desempenho do cliente nas ocupações ou atividades desejadas.</p> <p>* Observar a eficácia das habilidades e padrões de desempenho e selecionar os instrumentos para identificar os fatores (contexto ou contextos, demandas da atividade, fatores do cliente) que podem estar influenciando as habilidades e padrões de desempenho.</p> <p>* Interpretar os dados das avaliações para identificar os facilitadores e as barreiras para o desempenho.</p> <p>* Desenvolver e refinar hipóteses sobre os pontos fortes e fracos do desempenho ocupacional do cliente.</p> <p>* Colaborar com o cliente para criar objetivos que busquem os objetivos desejados.</p> <p>* Delinear áreas para a intervenção baseada na melhor prática e evidência.</p>	<p>* Desenvolver um plano que inclua: - Metas objetivas e mensuráveis com um cronograma,</p> <p>- Abordagem de intervenção de Terapia ocupacional com base na teoria e na evidência, e</p> <p>- Mecanismos para a implementação do serviço.</p> <p>* Considerar as necessidades e o plano de alta.</p> <p>* Selecionar os resultados mensurados</p> <p>* Fazer recomendações ou encaminhamentos para outros profissionais quando necessário.</p>	<p>* Determinar os tipos de intervenção de terapia ocupacional para serem usadas e colocá-las em prática.</p> <p>* Monitorar a resposta do cliente de acordo com o desenvolvimento dos atendimentos através de avaliações e reavaliações.</p>	<p>* Reavaliar o plano de intervenção para alcançar as metas desejadas.</p> <p>* Modificar o plano, se necessário.</p> <p>* Determinar a necessidade de continuidade, descontinuidade ou encaminhamento da intervenção.</p>	<p>* Focar nos resultados que estão relacionados a apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento na ocupação.</p> <p>* Selecionar medidas para os resultados.</p> <p>* Medir e utilizar os resultados.</p>
		<p>← Continuar a re-negociar os planos de intervenção e as metas objetivadas. →</p>			
<p>← Interação contínua entre avaliação, intervenção e resultados que ocorrem durante o processo. →</p>					

Avaliação

O processo de **avaliação** começa com uma avaliação conduzida pelo terapeuta ocupacional e é centrada nas descobertas sobre o que o cliente deseja e precisa fazer, determinando o que o cliente pode fazer e como o tem feito, e identificando aqueles fatores que agem como apoio ou barreiras para saúde e participação. A avaliação frequentemente ocorre formalmente ou informalmente durante toda interação com o cliente. O tipo e foco da avaliação diferem, dependendo do “setting” terapêutico da prática.

A avaliação consiste no **perfil ocupacional** e na **análise do desempenho ocupacional**. O *perfil ocupacional* inclui informações sobre o cliente e suas necessidades, problemas e preocupações sobre seu desempenho nas áreas de ocupação. A *análise do desempenho ocupacional* foca na coleta e interpretação de informações usando instrumentos para **avaliação** designados para observar, medir e indagar sobre fatores que apóiam ou impedem o desempenho ocupacional. Embora o caminho que os terapeutas ocupacionais coletam informações de seus clientes seja descrito separadamente e sequencialmente na *Estrutura da Prática*, a forma exata é influenciada pelas necessidades do cliente e pelo “setting” da prática. A informação relacionada ao perfil ocupacional é reunida ao longo do processo de terapia ocupacional.

O conhecimento e habilidades dos terapeutas ocupacionais, assim como os princípios teóricos e as evidências disponíveis, guiam seu raciocínio clínico para a seleção e aplicação de várias teorias e estruturas de referência ao longo do processo de avaliação. Concomitantemente, o conhecimento e as habilidades de terapeutas ocupacionais, nessas áreas, influenciam a informação que é coletada durante a avaliação. Conhecimento e evidência sobre problemas no desempenho ocupacional e condições diagnósticas são usados para guiar a coleta e síntese de informações para a interpretação e planejamento da intervenção. A interpretação habilidosa do terapeuta ocupacional, dos resultados da avaliação, relativa à avaliação como um todo, conduz a um delineamento claro de eficácia e limitações que afetam o desempenho ocupacional do cliente. O assistente de terapia ocupacional contribui para o processo de avaliação baseado em competências estabelecidas e sob supervisão do terapeuta ocupacional.

Perfil Ocupacional

Um perfil ocupacional é definido como um sumário de informações que descreve experiências e história ocupacional do cliente, padrões de vida diária, **interesses**, valores e necessidades. Em função do perfil ser concebido para ganhar e entender a perspectiva e experiência do cliente, seu formato varia dependendo se o cliente é uma pessoa, organização ou população. Ao utilizar uma abordagem de **prática centrada no cliente**, o profissional de terapia ocupacional reúne informações para entender o que é atualmente importante e significativo para o cliente. O perfil inclui investigação relacionada com o que o cliente deseja e precisa fazer no presente ou futuro, assim como as experiências passadas e interesses que podem auxiliar na identificação de pontos fortes e limitações. O refinamento da informação coletada durante o perfil ocupacional, posteriormente, refina o plano de intervenção e resultados identificados.

Durante o processo de coleta dessas informações, as prioridades do cliente e os resultados desejados por ele, que irão conduzir ao envolvimento em ocupações para promover a saúde são identificados. Os clientes identificam ocupações que dão significados à suas vidas e selecionam **os objetivos** e prioridades importantes para eles. Valorizar e respeitar a colaboração do cliente no processo terapêutico ajuda a promover mais envolvimento do mesmo e é uma forma mais eficaz de guiar as intervenções.

O processo e o ritmo de completar o perfil ocupacional variam dependendo das circunstâncias. Os profissionais de terapia ocupacional podem coletar informações formal e informalmente em uma sessão ou em um período mais longo enquanto trabalham com o cliente. Obter informações através de uma entrevista formal ou uma conversa informal ajuda a estabelecer uma relação terapêutica com o cliente. Em condições ideais, a informação obtida durante o desenvolvimento do perfil ocupacional conduz para uma abordagem de prática mais centrada no cliente durante a avaliação, o plano de intervenção e a implementação dos estágios da intervenção.

Especificamente, as informações coletadas respondem às seguintes questões:

- Quem é o cliente (pessoa, incluindo família, cuidadores e outras pessoas significativas; população ou organização)?

- Por que o cliente busca os serviços e quais são as preocupações atuais dele relativas ao envolvimento em ocupações e em atividades de vida diária?
- Quais áreas de ocupação são bem sucedidas e quais causam problemas ou riscos? (ver Tabela 1)
- Quais contextos e ambientes apóiam ou inibem a participação e o envolvimento desejados em ocupações?
- Qual é a história ocupacional do cliente (por exemplo, experiências de vida, valores, interesses, padrões anteriores de envolvimento em ocupações e atividades de vida diária e os significados associados a ele)?
- Quais são os resultados desejados e as prioridades do cliente?

Uma vez que os dados do perfil são coletados e documentados, o terapeuta ocupacional revisa a informação; identifica necessidades, limitações e os pontos fortes do cliente; e desenvolve uma hipótese de trabalho sobre as possíveis razões para identificar problemas e preocupações. Os assistentes de terapia ocupacional contribuem nesse processo. As informações do perfil ocupacional frequentemente guiam os resultados esperados. Se o cliente for uma organização ou população, os pontos fortes e necessidades são aqueles que afetam o coletivo, ao invés do indivíduo.

Análise do Desempenho Ocupacional

O desempenho ocupacional é a realização da ocupação selecionada, resultante da transação dinâmica entre cliente, contexto e ambiente e a atividade. A avaliação do desempenho ocupacional envolve uma ou mais das seguintes questões:

- Sintetizar a informação do perfil ocupacional para focar em áreas específicas de ocupação e contextos que precisam ser propostos;
- Observar o desempenho do cliente durante as atividades relevantes para as ocupações desejadas, observando a eficácia das habilidades e dos padrões de desempenho;

- Selecionar e utilizar avaliações específicas para medir as habilidades e padrões de desempenho, como apropriado;
- Selecionar avaliações, se necessário, para identificar e medir mais especificamente contextos e ambientes, demandas da atividade e fatores do cliente que podem influenciar nas habilidades e padrões de desempenho;
- Interpretar os dados das avaliações para identificar o que apóia ou dificulta o desempenho;
- Desenvolver e refinar hipóteses sobre os pontos fortes e limitações do desempenho ocupacional do cliente;
- Criar metas em colaboração com o cliente que conduzam aos resultados desejados;
- Determinar procedimentos para medir os resultados da intervenção; e
- Delinear o potencial da abordagem de intervenção ou as abordagens baseadas nas melhores práticas e evidências disponíveis.

Múltiplos métodos frequentemente são usados durante o processo de avaliação para avaliar o cliente, o contexto, a ocupação ou atividade e o desempenho ocupacional. Os métodos podem incluir uma entrevista com o cliente e outras pessoas significativas, observação do desempenho e do contexto, registro da revisão e o direcionamento da avaliação para aspectos específicos do desempenho. Os instrumentos de avaliação formais e informais, estruturados e não estruturados, com critérios padronizados ou normativo-referenciados, podem ser usados. Avaliações padronizadas são preferidas, quando apropriado, para fornecer dados objetivos sobre vários aspectos do domínio que influenciam o envolvimento e o desempenho. “A obtenção de informações confiáveis e válidas [através do uso de avaliações padronizadas] fornece um alto nível de apoio que pode justificar a necessidade dos serviços de Terapia Ocupacional” (GUTMAN et. al., 2007, p. 121).

A **análise da atividade** é um processo importante usado pelos profissionais de terapia ocupacional para entender as demandas que uma atividade desejada específica se aplica a um cliente. “A análise da atividade é direcionada a uma demanda típica de uma atividade, a amplitude de habilidades envolvidas no seu desempenho e aos diversos significados culturais que podem ser atribuídos para

isto” (CREPEAU, 2003, p. 192). Quando a análise da atividade é completada e as demandas de uma atividade específica que o cliente quer e precisa são entendidas, as habilidades específicas do cliente e capacidades são então comparadas com as demandas da atividade selecionada.

A análise da atividade baseada na ocupação coloca a pessoa (cliente) em primeiro plano. Ela leva em consideração os interesses pessoais da pessoa (cliente), metas, habilidades e contextos dele, assim como as demandas da atividade em si. Essas considerações adequam o esforço do profissional para auxiliar a pessoa (cliente) no alcance de seus objetivos através de avaliação e intervenção cuidadosas (CREPEAU, 2003, p. 193).

Examinar o ambiente e o contexto no qual o desempenho ocupacional pode ocorrer (ou ocorre) fornece “insights” sobre fundamentos e influências do envolvimento. Os ambientes externos e contextos (ex: como os ambientes físico e social e o contexto virtual) fornecem recursos que apóiam ou inibem o desempenho do cliente (por exemplo, a largura do vão da porta é uma parte do ambiente físico que permite a passagem da cadeira de rodas, a presença ou ausência de um cuidador como parte do contexto social, o acesso ao computador para se comunicar com outras pessoas como o contexto virtual). Diferentes ambientes (como comunidades, instituições e a própria casa) fornecem diferentes apoios e recursos para que o serviço [da Terapia Ocupacional] ocorra (por exemplo, a avaliação de uma criança ou um bebê em um hospital sem um cuidador presente gera diferentes resultados do que em casa com os pais).

O contexto pessoal do cliente afeta os serviços por influenciar crenças pessoais, percepções e expectativas. O contexto cultural existe dentro de pequenos grupos de indivíduos relacionados, tais como o núcleo familiar, ou até mesmo grupos maiores de pessoas, como populações de países ou grupos étnicos. As expectativas, crenças e costumes de várias culturas podem afetar a **identidade** do cliente e as atividades escolhidas, e necessitam ser consideradas quando determinam como e quando os serviços devem ser ofertados. Observe na Figura 2, como o contexto e o ambiente são representados como envolvente e subjacente ao processo.

Analisar o desempenho ocupacional requer um entendimento da complexa e dinâmica interação entre habilidades de desempenho, padrões de desempenho, contextos e ambientes, demandas da atividade e fatores do cliente. Os profissionais

de terapia ocupacional atentam para cada aspecto e estimam a influência uns nos outros – individualmente e coletivamente. Por intermédio da compreensão de como estes aspectos influenciam um ao outro, terapeutas ocupacionais podem melhor avaliar como eles contribuem para as preocupações no desempenho ocupacional, relatadas pelos clientes, e como eles potencialmente contribuem para as intervenções que apóiam o desempenho ocupacional. Quando se trabalha com organização ou população, os praticantes de terapia ocupacional consideram as habilidades coletivas de desempenho ocupacional dos membros dessas entidades.

Intervenção

O processo de **intervenção** consiste em ações qualificadas tomadas pelos profissionais de terapia ocupacional em colaboração com o cliente para facilitar o envolvimento na ocupação relacionado com a saúde e com a participação. Os praticantes de terapia ocupacional usam a informação sobre o cliente, que foi colhida durante a avaliação, e também de princípios teóricos para direcionar as intervenções centradas na ocupação. A intervenção é fornecida então, para auxiliar o cliente no alcance do estado físico, mental e de bem-estar social; para identificar e perceber aspirações; para satisfazer necessidades; e para modificar ou lidar com o ambiente. Uma variedade de tipos de intervenções da Terapia Ocupacional é discutida na Tabela 8.

A intervenção é direcionada para promover a saúde. A promoção da saúde é “um processo que habilita as pessoas a aumentar o controle sobre e para melhorar sua saúde” (OMS, 1986). Wilcock (2006) diz que:

Seguindo uma abordagem de promoção de saúde focada na ocupação para o bem estar adota-se uma crença em um leque de oportunidades sobre o que a pessoa pode fazer, pode ser e pode aspirar para se tornar a preocupação primária onde a saúde é um resultado. Um estilo de vida ocupacional variado e completo irá coincidentemente manter e melhorar a saúde e o bem-estar se isto permitir que as pessoas seja criativa e se aventure fisicamente, mentalmente e socialmente (p.315).

Intervenções variam dependendo do cliente – pessoa, organização ou população – e do contexto do serviço oferecido (MOYERS e DALE, 2007). O atual termo usado para clientes que recebem os serviços de terapia ocupacional varia entre os locais da prática e os modelos dos serviços. Por exemplo, ao trabalhar em um hospital, a pessoa pode ser referida como um *paciente*, e em uma escola, o cliente pode ser um *estudante*, *professor*, *pais* ou o *administrador*. Ao fornecer serviços para uma organização, o cliente pode ser chamado de *consumidor*. Ao servir uma população, o cliente pode ser entidade específica, como um grupo de deficientes, veteranos que estão desabrigados ou refugiados.

O termo *pessoa* inclui outros que também podem ajudar ou ser servidos indiretamente; tais como, um cuidador, professor, pais, empregado ou cônjuge. Ao se direcionar a uma pessoa ou a um pequeno grupo de pessoas que apóiam ou cuidam do cliente na obrigação do serviço (por exemplo, cuidador, professor, pais, empregado, cônjuge), os profissionais de terapia ocupacional direcionam a interação entre fatores do cliente, habilidades de desempenho, padrões de desempenho, contextos e ambientes, e demandas da atividade que influenciam o desempenho ocupacional dentro daquelas ocupações, que a pessoa precisa ou deseja fazer. O foco da intervenção está na modificação do ambiente/contexto e demandas da atividade ou padrões, para promover saúde, estabelecer ou restaurar e manter o desempenho ocupacional, e prevenir futuras deficiências e problemas de desempenho ocupacional.

Intervenções fornecidas para *organizações* são designadas para afetar a organização para encontrar mais eficientemente e efetivamente as necessidades dos clientes ou consumidores e investidores. Os profissionais de terapia ocupacional se direcionam a aspectos da organização ou da agência tal como sua missão, valores, cultura e estrutura organizacional, políticas e procedimentos, ambientes construídos e naturais. Os profissionais de terapia ocupacional avaliam como cada um desses fatores apóiam ou inibem o desempenho geral dos indivíduos dentro da organização. Por exemplo, para capacitar um membro da equipe em uma ala específica da enfermaria a fim de que ele forneça melhores serviços, um profissional de terapia ocupacional pode recomendar que as paredes de cada corredor sejam pintadas em cores diferentes, capacitando residentes para mais facilmente localizarem seus quartos.

TABELA 8. TIPOS DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL

USO TERAPÊUTICO DE SI MESMO - O uso planejado de um profissional de terapia ocupacional de sua personalidade, “insights”, percepções e julgamentos como parte do processo terapêutico (adaptado de PUNWAR & PELOQUIN, 2000, p.285).

USO TERAPÊUTICO DE OCUPAÇÕES E ATIVIDADES^a – Ocupações e atividades selecionadas para clientes específicos que atinjam objetivos terapêuticos. Para usar ocupações/atividades terapeuticamente, contexto ou contextos, demandas da atividade e fatores do cliente todos devem ser considerados em relação aos objetivos terapêuticos do cliente. O uso de tecnologia assistiva, aplicação dos princípios de *design* universal, e modificações do ambiente apóiam as habilidades dos clientes para envolverem-se em ocupações.

Intervenção baseada na ocupação

Propósito: O cliente se envolve em ocupações direcionadas por ele que correspondam com objetivos identificados.

Exemplos:

- Completar o vestir matinal e a higiene usando dispositivos de adaptação
- Comprar comida e preparar a refeição
- Utilizar o sistema de transporte
- Se candidatar para emprego
- Brincar no *playground* e em equipamentos de recreação comunitária
- Participar de festival comunitário
- Estabelecer um padrão de autocuidado e atividades de relaxamento na preparação para dormir

Atividades com propósito

Propósito: O cliente se envolve em atividades selecionadas específicas que permitem que ele desenvolva habilidades que possibilitam o envolvimento ocupacional

Exemplos:

- Praticar como selecionar as roupas e manipular os fechos de roupa
- Praticar maneiras seguras de entrar e sair da banheira
- Praticar como preparar uma lista de alimentos e ensaiar como usar os aparelhos para cozinhar
- Praticar como usar um mapa e o horário de transporte
- Ensaiar como escrever respostas em um formulário de aplicação
- Praticar como entrar e sair em um *playground* e em equipamento de recreação
- Dialogar quando cumprimentar as pessoas e iniciar conversação
- Praticar como usar botões adaptados para operar um sistema de controle ambiental

Métodos preparatórios

Propósito: O profissional seleciona métodos diretivos e técnicas que o preparam para o desempenho ocupacional. Usado na preparação ou simultaneamente em atividades baseadas na ocupação e que tenham propósito .

Exemplos:

- Fornecer enriquecimento sensorial para promover o alerta
- Administrar modalidades de agentes físicos para preparar os músculos para o movimento
- Fornecer instrução em imagem visual e ritmo respiratório para promover descanso e relaxamento
- Indicar splints/órteses para promover apoio e facilitar o movimento
- Sugerir um regime de condicionamento para casa usando pilates e ioga
- Fornecer exercícios para fortalecimento de mão usando “therapy putty” e “theraband”
- Fornecer instrução na assertividade para preparar auto-defesa

TABELA 8. TIPOS DE INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL*(Continuação)*

PROCESSO DE CONSULTORIA – Um tipo de intervenção na qual os profissionais de terapia ocupacional usam seu conhecimento e experiência para colaborar com o cliente. O processo colaborativo envolve identificar o problema, criar soluções possíveis, tentar soluções e alterá-las quando forem necessárias para uma maior eficácia. Quando fornecendo uma consultoria, o praticante não é diretamente responsável pelo resultado da intervenção (DUNN, 2000a, p.113).

Pessoa	- Aconselha a família sobre opções arquitetônicas - Aconselha a família a como criar rotinas noturnas de pré-sono para seus filhos
---------------	---

Organização	- Recomenda modificações no modelo de trabalho e estações de trabalho desenhadas ergonomicamente para a empresa - Recomenda estratégias de evacuação em desastres para a comunidade residencial relacionada à acessibilidade e redução de barreiras no ambiente
--------------------	--

População	- Aconselha os idosos com respeito as iniciativas de motoristas mais velhos
------------------	---

PROCESSO DE EDUCAÇÃO – Um processo de intervenção que envolve aquisição de conhecimento e informação sobre ocupação, saúde e participação e que não resulta em desempenho real da ocupação/atividade.

Pessoa	- Instruir um professor de sala de aula, estratégias de regulação sensorial
---------------	---

Organização	- Ensinar os trabalhadores de um abrigo de sem teto como estruturar uma vida diária, uma brincadeira, uma atividade de lazer para os membros do abrigo
--------------------	--

População	- Instruir os oficiais da cidade sobre os valores e estratégias para fazer circuitos para bicicletas e caminhada acessíveis para todos os membros da comunidade.
------------------	--

ADVOCACIA/APOIO – Esforços direcionados em promover a justiça ocupacional e empoderar clientes a buscar e obter recursos para participar completamente de suas ocupações do dia a dia.

Pessoa	- Colaborar com a pessoa para procurar acomodações razoáveis no ambiente de trabalho
---------------	--

Organização	- Servir na bancada política de uma organização para procurar acomodações de casa de apoio para pessoas com incapacidades
--------------------	---

População	- Colaborar com adultos com doenças mentais graves para elevar a consciência pública do impacto deste estigma - Colaborar com e educar fontes de fundo federal para a população incapacitada à incluir com prioridade pacientes com câncer para sua total remissão
------------------	---

^aInformação adaptada de Predetti e Early (2001).

As intervenções fornecidas às *populações* são direcionadas para todos os membros do grupo coletivamente, ao invés de individualizadas para pessoas específicas dentro de um grupo. Os profissionais direcionam suas intervenções para problemas de saúde atuais e potenciais e, para condições incapacitantes em uma população ou comunidade. A sua meta é melhorar a saúde de todas as pessoas que fazem parte da população ao assessorar serviços e dar apoio dentro da comunidade, que pode ser implementado para melhorar o desempenho da população. O foco da intervenção freqüentemente está em atividades que promovam saúde, serviços educacionais de auto-gestão e modificação do ambiente. Por exemplo, os profissionais de terapia ocupacional podem designar o desenvolvimento baseado em programas de cuidado diário, conduzidos por estudantes que são voluntários, em cuidar de pessoas desabrigadas, famílias em uma grande área metropolitana. Os profissionais devem trabalhar com uma ampla variedade de populações experimentando dificuldades no acesso e envolvimento em ocupações saudáveis devido às condições tais como pobreza, sem moradia (desalojamento) ou discriminação.

O processo de intervenção é dividido em três passos: (1) plano de intervenção, (2) implementação da intervenção e (3) revisão da intervenção. Durante o processo de intervenção, informações da avaliação são integradas com teorias, modelos práticos, quadros de referência e evidências. Esta informação guia o raciocínio clínico do terapeuta ocupacional e assistente de terapia ocupacional no desenvolvimento, implementação e revisão do plano de intervenção.

Plano de Intervenção

O plano de intervenção direciona as ações do terapeuta ocupacional e assistente de terapia ocupacional. Descreve as abordagens de terapia ocupacional selecionadas e os tipos de intervenções para alcançar os resultados identificados do cliente. O plano de intervenção é desenvolvido em colaboração com o cliente e é baseado nos objetivos dele e em suas prioridades. Dependendo se o cliente for uma pessoa, organização ou população, ou outros tais como membros da família, pessoas significativas, membros de diretoria, fornecedores de serviços e grupos comunitários, estes também podem colaborar no desenvolvimento do plano.

O desenho do plano de intervenção é direcionado pelo (s):

- Objetivos, valores, crenças e necessidades ocupacionais dos clientes;
- Saúde e bem-estar do cliente;
- Habilidades e padrões de desempenho do cliente;
- Influência coletiva do contexto, ambiente, demandas da atividade e fatores do cliente;
- Contexto no qual o serviço é oferecido e no qual a intervenção está fornecida (por exemplo, expectativas de cuidadores, propósito das organizações, requerimento dos responsáveis, regulamentos aplicáveis); e
- Melhor evidência disponível.

A seleção, desenho do plano de intervenção e os objetivos são direcionados para os atuais e potenciais problemas do cliente relacionados ao envolvimento em ocupações ou em atividades.

O plano de intervenção inclui os seguintes passos:

1. *Desenvolvimento do plano.* O terapeuta ocupacional desenvolve o plano com o cliente e o assistente de terapia ocupacional contribui para o desenvolvimento do plano. O plano inclui:
 - Objetivos e metas mensuráveis com um espaço de tempo
 - **Métodos de intervenção** em terapia ocupacional ou abordagens (ver Tabela 9)
 - Criar ou promover
 - Estabilizar ou restaurar
 - Manter
 - Modificar
 - Prevenir.
 - Mecanismos para o fornecimento do serviço:
 - Pessoas fornecendo a intervenção
 - Tipos de intervenções
 - Frequência e duração do serviço
2. *Considerar os planos e as necessidades potenciais da alta.*
3. *Selecionar medidas de resultados.*
4. *Fazer recomendações ou encaminhar para outros, se necessário.*

Implementação da Intervenção

A *implementação da intervenção* é um processo de colocar o plano em ação. Ela envolve o processo especializado de alterar os fatores do cliente, atividades, contextos e ambientes com o propósito de efetivar mudanças positivas nos desejos do cliente envolvendo-o em ocupações, saúde e participação.

Intervenções podem focar um único aspecto do domínio, tal como um padrão de desempenho específico, ou vários aspectos do domínio, tais como padrões de desempenho, habilidades de desempenho e, contextos. Considerando que esses fatores estão inter-relacionados e influenciam uns aos outros em um processo dinâmico, contínuo, os profissionais de terapia ocupacional esperam que a habilidade do cliente se adapte, mude, e o desenvolvimento em uma área, afetará outras áreas. Devido a este inter-relacionamento dinâmico, a avaliação e o planejamento da intervenção continuam ao longo do processo de implementação. A implementação da intervenção inclui os seguintes passos:

1. Determinar e realizar o tipo de intervenção terapêutico ocupacional ou intervenções para serem usadas (ver Tabela 8).
 - Uso terapêutico de si mesmo
 - Uso terapêutico de ocupações ou atividades
 - **Intervenções baseadas na ocupação**
 - **Atividade com propósito**
 - **Métodos preparatórios**
 - **Processo de consulta**
 - **Processo de educação**
 - **Advocacia/Apoio**
2. Monitorar a resposta do cliente para as intervenções baseadas na avaliação realizada e na reavaliação do progresso do cliente em direção aos objetivos.

Revisão da Intervenção

A *revisão da intervenção* é um processo contínuo de reavaliar e revisar o plano de intervenção, a eficácia desses serviços e o progresso voltado para os resultados. Assim durante o plano de intervenção, esse processo inclui colaboração

com o cliente baseado em seus objetivos. Dependendo se o cliente é uma pessoa, organização ou população; vários administradores, tais como membros da família e outros importantes, membros de um conselho, ou outros fornecedores de serviço e grupos comunitários, também podem colaborar na revisão de uma intervenção. A **reavaliação** e revisão podem conduzir para uma mudança no plano de intervenção.

A revisão da intervenção inclui os seguintes passos:

1. Reavaliação do plano e como ele é relativamente implementado para alcançar os resultados
2. Modificação do plano, quando necessário
3. Determinar a necessidade para continuar ou descontinuar os serviços de terapia ocupacional ou para referenciar a outros serviços.

A revisão da intervenção pode incluir programas de avaliação que critiquem o modo como os serviços de terapia ocupacional são fornecidos. Isto pode incluir uma revisão da satisfação do cliente e da percepção dele sobre os benefícios de receber os serviços de terapia ocupacional (adaptado de MACIEJEWSKI, KAWIECKI e ROCKWOOD, 1997). Exemplos podem incluir (1) uma carta de agradecimento da família da criança com espinha bífida (pessoa); (2) uma solicitação para serviços adicionais de terapia ocupacional em um abrigo de clientes sem teto (organização); e (3) aquisição de fundos para implementar grupos de apoio para cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer dos Estados Unidos (populações).

Resultados

Apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupações é um resultado global e amplo do processo de intervenção da terapia ocupacional. Esse resultado reconhece a crença da profissão de que o envolvimento ativo em ocupações promove, facilita e mantém saúde e participação. *Resultados* são definidos como importantes dimensões da saúde, atribuídos às intervenções e incluem a habilidade da função, percepção de saúde e satisfação com os cuidados (adaptado de “Request for Planning Ideas”, 2001). Os resultados são o efeito final do processo de terapia ocupacional e descrevem qual intervenção pode ser alcançada com os clientes.

TABELA 9. ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Estratégias específicas selecionadas para direcionar o processo de intervenção que são baseados no resultado desejado pelo cliente, dados da avaliação e evidência.

Abordagem	Focos de Intervenção	Exemplos
Criar, promover (promoção de saúde)^a – Um método de intervenção que não assume uma incapacidade presente ou quaisquer fatores que interferirão no desempenho. Este método é designado para promover um enriquecimento contextual e experiências de atividades que irão melhorar o desempenho para todas as pessoas no contexto natural da vida (adaptado de DUNN, MCCLAIN, BROWN, & YOUNGSTROM, 1998, p.534).	Habilidade de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Criar uma classe de pais pela primeira vez para ajudá-los a envolver seus filhos no desenvolvimento apropriado do brincar
	Padrões de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um manuseio efetivo de <i>stress</i> ao criar o tempo usando rotinas com clientes saudáveis
	Contexto ou contextos ou ambientes físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma diversidade de brincadeiras sensoriais recomendando uma variedade de equipamentos para o <i>playground</i> e outras áreas de brincar
	Demandas da atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Servir um estilo de comida familiar na área de jantar para ampliar as oportunidades de socialização
Estabelecer, restaurar (remediação, restauração)^a – Um método de intervenção designado para mudar as variáveis do cliente para estabelecer uma habilidade ou habilitação que não foi ainda desenvolvida ou para restaurar uma habilidade ou habilitação que tenha sido perdida (adaptado de DUNN et. al., 1998, p.533).	Fatores do cliente (funções do corpo e estrutura do corpo)	<ul style="list-style-type: none"> • Promover um aumento da resistência ao recomendar um recesso diário ao ar livre durante todo o ano para as crianças da escola • Projetar um programa de dança para idosos que aumentará força e flexibilidade
	Habilidades de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar cadeiras ajustáveis para melhorar a postura de sentar do cliente • Trabalhar com centros comunitários de terceira idade para oferecer programas educacionais com objetivo de melhorar as habilidades de direção para pessoas com sessenta e cinco anos ou mais.
	Padrões de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com os clientes para ajudá-los a estabelecer rotinas matinais necessárias para chegar à escola ou no trabalho no horário certo. • Fornecer aulas com controle da fadiga para pacientes com câncer e suas famílias. • Colaborar com os clientes para ajudá-los a estabelecer padrões saudáveis de dormir e acordar. • Desenvolver programas de caminhada no <i>shopping</i> local para empregados e membros da comunidade.
	Fatores do cliente (funções do corpo e estrutura do corpo)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar aulas de educação física diária para toda a população de crianças em uma escola com objetivo de melhorar a força física e a resistência. • Colaborar com escolas e negócios para estabelecer modelos de <i>design</i> universais em seus prédios, sala de aulas e assim por diante. • Gradualmente aumentar o tempo requerido para completar um jogo no computador para aumentar o tempo reduzido de atenção do cliente.

(Continua)

TABELA 9. ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL

(Continuação)

Abordagem	Focos de Intervenção	Exemplos
Manter – Um método de intervenção designado para promover o apoio que permitirá aos clientes preservar a capacidade de desempenho que eles re-adquiriram, que continuem a encontrar suas necessidades ocupacionais ou ambas. O compromisso é que sem a intervenção mantida e continuada, o desempenho diminuiria, e as necessidades ocupacionais não seriam encontradas ou ambas, e desta forma afetando a saúde e a qualidade de vida.	Habilidade de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a habilidade do cliente em organizar ferramentas proporcionando uma pintura destas sobre o quadro que organiza. • Desenvolver um programa de segurança para organizações industriais para lembrar os trabalhadores da necessidade de continuar o uso de habilidades para segurança no trabalho. • Fornecer um programa para a comunidade de residentes idosos para manter a habilidade prática e motora.
	Padrões de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o cliente a manter um horário de medicação apropriado fornecendo um despertador para ajudar na memória. • Estabelecer modelos de desempenho ocupacional para manter um estilo de vida saudável após perda de peso significativa.
	Contexto ou contextos ou ambientes físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Manter acesso seguro e independente para pessoas com baixa visão recomendando uma luz mais forte no corredor. • Durante um desastre natural trabalhar com facilidades identificadas como abrigos para proporcionar um brincar e atividades de lazer para as pessoas sem casa para permitir um resultado construtivo e um semblante de normalidade. • Incorporar princípios de desenho universal em casas para permitir que as pessoas envelheçam em suas casas.
	Demandas da atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Manter jardinagem independente para pessoas com artrite nas mãos recomendando ferramentas com modificação da preensão e ferramentas onde o agarrar seja maior, alternativas para o sentar, jardins e assim por diante.
	Fatores do cliente (funções do corpo e estrutura do corpo)	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar atividades multi-sensoriais na qual os cuidadores possam participar para manter o estado de alerta. • Fornecer um <i>splint</i> para polegar moldado na mão para o cliente usar durante o período de stress ou atividades intensas e prolongadas para manter as articulações livres de dor.
	Padrões de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar uma agenda visual para ajudar o estudante a seguir facilmente rotinas e a transição entre atividades de casa e da escola. • Simplificar a sequência de tarefas para ajudar uma pessoa com déficit cognitivo para completar a sua rotina de autocuidado matinal.
Modificar (Compensação, adaptação)^a – Um método de intervenção direcionado a “encontrar maneiras de revisar o atual contexto ou as demandas da atividade para apoiar o desempenho no ambiente natural, [incluindo] técnicas compensatórias, [tais como]... melhorar algumas características para prover pistas ou reduzir outras características para diminuir a distração” (DUNN et al., 1998, p.533).	Contexto ou contextos ou ambientes físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Assistir uma família em determinar os requerimentos para construir uma rampa em casa ou para um membro da família que esta retornando para casa depois de reabilitação física. • Consultar os construtores de design de casa para permitir as famílias a habilidade de fornecer espaço para parentes idosos (ex. quartos e banheiros). • Modificar o número de pessoas no quarto para diminuir a distrabilidade do cliente.

(Continua)

TABELA 9. ABORDAGENS DE INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL

(Continuação)

Abordagem	Focos de Intervenção	Exemplos
	Demandas da atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar superfície de escrita usada na sala de aula pelo aluno de 4ª série adicionando uma mesa inclinada ajustável. • Assistir um paciente com doença terminal e sua família na modificação de tarefas para manter o envolvimento. • Consultar a escola sobre a localização de acionadores para aumentar o acesso do aluno a computadores, dispositivos de comunicação aumentativa, dispositivos ambientais e assim por diante. • Fornecer assento na estação para permitir que o cliente aumente a tolerância para o sentar e para ser capaz de continuar seu desempenho.
Impedir (prevenção de incapacidade) ^a - Um método de intervenção designado para clientes com ou sem incapacidade que estão em risco de problemas de desempenho ocupacional. Esta abordagem é designada para impedir a ocorrência ou a evolução de barreiras para o desempenho no contexto. As intervenções podem ser direcionadas ao cliente, contexto, ou atividades variadas (adaptado de DUNN et. al., 1998, p.534).	Habilidades de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Impedir postura inadequada quando sentado por período prolongado proporcionando uma cadeira com encosto apropriado.
	Padrões de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na prevenção do uso de substâncias químicas ilícitas, introduzindo uma estratégia de rotina auto-iniciada que apóia um comportamento livre de drogas.
	Contexto ou contextos ou ambientes físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Impedir um isolamento social de empregados promovendo a participação em atividades de grupo após o horário de trabalho. • Reduzir o risco de quedas por modificação no ambiente e remover riscos conhecidos na casa (ex. remover tapetes).
	Demandas da atividade	<ul style="list-style-type: none"> • Impedir lesão na coluna fornecendo instrução de técnicas apropriadas para o carregar.
	Fatores do cliente (funções do corpo e estrutura do corpo)	<ul style="list-style-type: none"> • Impedir stress repetitivo sugerindo que os clientes usem um apoio de punho ao digitar. • Consultar a rede de hotéis para fornecer um programa educacional ergonômico desenhado para impedir lesões na coluna das governantas.

^aLinguagem paralela usada em Moyers e Dale (2007, p.34).

Os três conceitos inter-relacionados incluem os resultados estimados da profissão e são definidos como:

1. *Saúde* – “[Um] conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas” (OMS, 1986).
2. *Participação* – ou seja, “o envolvimento em situações de vida” (OMS, 2001, p. 10). A participação ocorre naturalmente quando

clientes estão envolvidos ativamente na realização de ocupações ou atividades de vida diária que eles consideram com propósito e com significado em contextos desejados. Os resultados mais específicos da intervenção da terapia ocupacional (ver Tabela 10) são multidimensionais e apóiam o resultado final de participação.

3. *Envolvimento em ocupação* – O compromisso realizado para desempenhar ocupações como resultado de escolha, motivação e significado, inclui aspectos objetivos e subjetivos que conduzem atividades significativas e com propósito a pessoa, a organização ou a população. A intervenção da terapia ocupacional foca na criação ou facilitação de oportunidades para o envolvimento nessas ocupações.

Para determinar o sucesso do cliente na obtenção de saúde e participação na vida através do envolvimento em ocupação, profissionais de terapia ocupacional avaliam resultados observáveis. Essa avaliação leva em consideração o relacionamento hipotetizado entre vários aspectos do desempenho ocupacional. Por exemplo, o cliente melhorou para utilizar suas habilidades de desempenho na rotina (padrões de desempenho) e aumentou a força ou amplitude de movimento (funções do corpo) capacitando-o para o envolvimento no gerenciamento do lar (AIVD).

Implícito em qualquer resultado avaliado, usado por profissionais de terapia ocupacional, estão os sistemas de crença do cliente e o que ele assume no seu desempenho ocupacional desejado. As ferramentas de avaliação e as variáveis medidas frequentemente tornam-se uma definição operacional para o resultado. Portanto, profissionais de terapia ocupacional selecionam as avaliações dos resultados pertinentes para as necessidades e desejos do cliente, congruentes com o modelo teórico de prática, baseado no conhecimento das propriedades psicométricas de medidas padronizadas ou lógicas e protocolos de medidas não padronizadas e evidências avaliadas. Além disto, a percepção do cliente do sucesso em envolver-se com as ocupações desejadas é vital para qualquer avaliação dos resultados. Como uma forma de comparação e em colaboração com o cliente, o terapeuta ocupacional pode revisar o perfil ocupacional para avaliar mudança.

Os benefícios da terapia ocupacional são multifacetados e podem ocorrer em todos os aspectos do domínio relacionado. Apoiar a saúde e a participação na vida através do envolvimento em ocupações é o resultado mais amplo da intervenção. O aumento do desempenho ocupacional do cliente, assim como a percepção de alegria, auto-eficácia, esperança sobre sua vida e habilidades são aspectos resultados valiosos. Por exemplo, pais cujos filhos receberam os serviços de terapia ocupacional valorizaram o entendimento do comportamento de seu filho de novas maneiras e tinham percebido de forma maior sobre o fato de serem pais (COHN, 2001; COHN, MILLER e TICKLE-DEGNAM, 2000). Intervenção designada para cuidadores que fornecem cuidado para as pessoas com demência melhora a qualidade de vida de ambos, o que recebe o cuidado e o cuidador. Os cuidadores que receberam intervenção reportaram pouco declínio no desempenho ocupacional de quem recebe o cuidado e menos necessidade para ajudar, melhor maestria e habilidade, auto-eficácia, e bem estar para com eles (GITLIN e CORCORAN, 2005, GITLIN, et. al., 2001; GITLIN et. al., 2003). Retirar, pois na norma de citação é apenas o último nome em caixa alta.

Os resultados para as pessoas podem incluir impressões subjetivas relacionadas aos objetivos; tais como uma melhor aparência, confiança, esperança, plenitude, auto-eficácia e uma sustentabilidade de ocupações valorizadas, resiliência ou percepção do bem-estar. Os resultados também podem incluir incrementos mensuráveis do progresso em fatores relacionados ao desempenho ocupacional como integridade da pele, quantidade de sono, resistência (*endurance*), desejos, iniciativa, equilíbrio, habilidades viso-motoras, e o nível de participação, participação em atividades e reintegração na comunidade. Os resultados para organizações podem incluir moral no local de trabalho, produtividade, redução de lesão, e melhoraria da satisfação do trabalhador. Os resultados para a população podem incluir promoção de saúde, justiça social e acesso aos serviços. As definições e conotações dos resultados são específicas para clientes, grupos e organizações, assim como para empregadores e regulamentadores. Os resultados específicos assim como a documentação daqueles resultados variam de acordo com o local da prática e são influenciados pelos administradores particulares em cada contexto.

O foco nos resultados está entrelaçado ao longo do processo da terapia ocupacional. O terapeuta ocupacional e o cliente colaboram durante a avaliação para identificar os resultados iniciais desejados pelo cliente relacionados ao

envolvimento em ocupações valorizadas ou atividades de vida diária. Durante a implementação da intervenção e reavaliação, o cliente e o terapeuta e, quando apropriado, o assistente de terapia ocupacional, podem modificar os resultados desejados para proporcionar mudanças necessárias, contextos e habilidades de desempenho. A medida que a análise do desempenho ocupacional e o desenvolvimento do plano de intervenção ocorre, o terapeuta ocupacional e o cliente podem redefinir os resultados desejados.

A implementação do processo de resultados inclui os seguintes passos:

1. Selecionar tipos de resultados e medidas incluindo, mas não sendo limitado, ao **desempenho ocupacional, adaptações, saúde e bem-estar, participação, prevenção, defesa de si mesmo, qualidade de vida e justiça ocupacional** (ver Tabela 10).
 - Selecionar medidas de resultados precocemente no processo de intervenção (ver “Avaliação” acima).
 - Selecionar medidas de resultados que são válidas, confiáveis e apropriadamente sensíveis para modificar o desempenho ocupacional do cliente e que são consistentes com os resultados.
 - Selecionar medidas de resultados ou instrumentos para um cliente específico e que está de acordo com as metas desse cliente.
 - Selecionar medidas de resultados que são baseadas em suas habilidades reais ou supostas para predizer resultados futuros.
2. Utilizar os resultados para medir os progressos e ajustar os objetivos e as intervenções.
 - Comparar o progresso em relação ao objetivo determinado para verificar resultados advindos do processo de intervenção.
 - Avaliar os resultados e utilizá-los para tomar decisões sobre intervenções futuras (por exemplo, continuar intervenção, modificar intervenção, descontinuar intervenção, fornecer “follow-up”, encaminhar para outros serviços).

TABELA 10. TIPOS DE RESULTADOS

Os exemplos listados especificam como um resultado geral de envolvimento na ocupação pode ser operacionalizado. Os exemplos não têm a intenção de serem todos inclusivos.

Resultado	Descrição
Desempenho Ocupacional	<p>O ato de fazer e realizar uma atividade selecionada ou ocupação que resulta de uma transação dinâmica entre o cliente, o contexto e a atividade. Fornece ou capacita habilidades e padrões de desempenho ocupacional conduzindo a um envolvimento em ocupações ou atividades (adaptado em parte de LAW et al., 1996, p.16).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar - Usado quando uma limitação do desempenho está presente. Estes resultados documentam um aumento do desempenho ocupacional para pessoa, organização ou população. Exemplos de resultados podem incluir (1) habilidade de uma criança com autismo para brincar interativamente com um par (pessoa); (2) habilidade de um adulto mais velho em retornar a casa com facilitação de um enfermeiro habilidoso (pessoa); (3) diminuição da incidência de tensão nas costas da equipe de enfermagem como resultado de um programa de educação em mecânica corporal para desempenhar as obrigações no trabalho que requerem curvar-se, levantar e assim por diante (organização); e (4) construção de um "playground" acessível para todas as crianças no parque local da cidade (população). • Reforçar – Usado quando uma limitação do desempenho não está frequentemente presente. Estes resultados documentam o desenvolvimento das habilidades de desempenho e padrões de desempenho que aumentam o desempenho existente ou previne potenciais problemas advindos do desenvolvimento de ocupações na vida. Os exemplos de resultado podem incluir (1) aumento na confiança e na competência de mães adolescentes a cuidarem de seus filhos como resultado de um grupo social estruturado e aulas de desenvolvimento da criança (pessoa); (2) ampliação das relações de idosos como resultado de uma consciência social diversa em programas de exercícios (organização); (3) aumento de habilidade pelos funcionários da escola para identificar e lidar com a violência na adolescência como resultado de treinamento de resolução de conflito para endereçar "bullying" (organização); e (4) ampliação de oportunidades para idosos participarem de atividades comunitárias devido a programas de passeio compartilhado (população).
Adaptação	<p>Uma mudança em resposta a abordagem que os clientes fazem quando se deparam com desafios ocupacionais. "Esta mudança é implementada quando a resposta habitual do cliente é inadequada para produzir algum grau de transposição deste desafio" (adaptado de SCHULTZ & SCHKADE, 1997, p.474). Exemplos de resultados de adaptação incluem (1) clientes modificam seus comportamentos para ganhar privilégios em um local de abrigo de adolescentes (pessoas); (2) uma companhia redesenhando seu horário diário para permitir um melhor fluxo de trabalho e diminuir as horas de stress elevado (organizações); e (3) a comunidade tornar disponíveis transportes públicos acessíveis e constrói e 'reserva' bancos para idosos para socialização e descanso (população).</p>
Saúde e Bem-Estar	<p>A saúde é fonte de vida diária, não objetivo de viver. Para os indivíduos isso é um estado físico, mental e de bem-estar social, assim como um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais e, capacidades físicas (OMS, 1986). A saúde de organizações e populações incluem esses aspectos individuais, mas também responsabilidade social de membros da sociedade como um todo. O <i>bem-estar</i> é "[um] processo ativo pelo qual os indivíduos [organizações ou populações] se tornam cientes e fazem escolhas em direção a uma existência de maior sucesso" (HETTLER, 1984, p.1170). O bem-estar é mais do que uma falta de sintomas de doença; é um estado de equilíbrio físico e mental e aptidão física (adaptado de <i>TABER'S CYCLOPEDIA MEDICAL DICTIONARY</i>, 1997, p.2110). Os exemplos de resultado podem incluir (1) participação na comunidade por um cliente com esquizofrenia em uma casa para grupos (pessoas); (2) implementação de um programa amplo para identificar problemas e soluções para equilíbrio entre trabalho, lazer e vida familiar (organizações); e (3) diminuir a incidência de obesidade infantil (populações).</p>
Participação	<p>O envolvimento em ocupações desejadas nas formas que são pessoalmente satisfatórias e congruentes com as expectativas existentes na cultura.</p>

TABELA 10. TIPOS DE RESULTADOS*(Continuação)*

Resultado	Descrição
Prevenção	<p>“A promoção de saúde é igualmente e essencialmente focada na criação de condições necessárias para a saúde individual, estrutural, social e de nível ambiental, através de uma compreensão de determinantes da saúde: paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (KRONENBERG, ALGADO, & POLLARD, 2005, p.441). A terapia ocupacional promove um estilo de vida saudável a uma pessoa, grupo, organização ou a uma comunidade (sociedade) e nível político ou governamental (adaptado de BROWNSON & SCAFFA, 2001). Os exemplos de resultados podem incluir (1) sentar adequado e área de brincar para criança com problemas ortopédicos (pessoa); (2) implementação de um programa de lazer e atividades educacionais para um hospital-dia voltado para pessoas com doença mental severa (organizações); e (3) acesso a serviços de terapia ocupacional em áreas carentes independente de etnias e culturas (populações).</p>
Qualidade de Vida	<p>Uma apreciação dinâmica da satisfação de vida do cliente (percepção do progresso em direção ao seu objetivo); esperança (real ou crença percebida que a pessoa pode dirigir a objetivos através de caminhos selecionados); autoconceito (um conjunto de crenças e sentimentos sobre si mesmo); saúde e funcionalidade (incluindo o estado de saúde, a capacidade de autocuidado e fatores sócio-econômicos; ex. vocação, educação, renda) (adaptado de RADOMSKI, 1995; ZHAN, 1992). Os resultados podem incluir (1) participação completa e ativa de uma criança surda de uma família de ouvintes durante uma atividade recreacional (pessoas); (2) residentes serem aptos a se prepararem para os passeios e viagens independentemente do resultado de um treinamento de habilidades de vida independente para os cuidadores de um grupo (organização); e (3) formação de um “lobby” para apoiar oportunidades para uma rede social, atividades de auto-advocacia e informação científica compartilhada para sobreviventes de um acidente vascular encefálico e sua família (população).</p>
Competência de Papéis	<p>Habilidade para efetivamente encontrar as demandas dos papéis na qual o cliente se envolve.</p>
Auto-Advocacia	<p>Ativamente promover ou apoiar a si mesmo ou outros (indivíduos, organizações ou populações); requer uma compreensão de forças e necessidades, identificação de objetivos, conhecimento dos direitos legais e responsabilidades, e comunicar estes aspectos a outros (adaptado de DAWSON, 2007). Os resultados podem incluir (1) um estudante com dificuldades de aprendizagem requerendo e recebendo acomodações razoáveis tais como os livros educacionais gravados (pessoa); (2) um comitê de empregados que requer e procura teclados desenhados ergonomicamente para seus computadores no trabalho (organização); e (3) pessoas com incapacidades requerendo desenhos universais em todas as construções privadas e públicas (população).</p>
Justiça Ocupacional	<p>Ter acesso à e participar na ampla gama de ocupações enriquecedoras e significativas proporcionadas aos outros. Inclui oportunidades para inclusão social e recursos para participar em ocupações para satisfazer as necessidades pessoais, saúde e necessidades da sociedade (adaptado de TOWNSEND & WILCOCK, 2004). Os resultados podem incluir (1) pessoas com incapacidade intelectual servindo em um comitê para estabelecer programas oferecidos para um centro de recreação comunitário (pessoas); (2) trabalhadores que tem tempo de almoço suficiente para almoçarem com seus filhos nas creches (organização); (3) pessoas com doenças mentais persistentes que são aceitas por centros comunitários recreativos por campanhas de anti-estigma; e (4) opções alternativas de moradia adaptadas para idosos envelhecerem em seus lugares (populações).</p>

Perspectivas Históricas e Futuras da *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional*

A *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional* emergiu do exame do documento relatado de *Terminologia Uniforme*. O primeiro documento foi *Sistema de Relato de Produto da Terapia Ocupacional e Terminologia Uniforme para Relatório de Serviços de Terapia Ocupacional* (AOTA, 1979). Este texto original criava uma terminologia consistente que poderia ser usada em documentos oficiais, na prática e na educação. A segunda edição *Terminologia Uniforme para Terapia Ocupacional* (AOTA, 1989) foi adotada pela Assembléia Representativa da AOTA (RA) e publicada em 1989. O documento focava no delineamento e na definição somente das áreas de desempenho ocupacional e nos componentes de desempenho ocupacional que eram endereçados para os serviços diretos de terapia ocupacional. A última revisão, *Terminologia Uniforme para Terapia Ocupacional – Terceira Edição* (UT-III; AOTA, 1994), foi adotada pela RA em 1994 e foi “expandida para refletir a prática corrente e para incorporar aspectos contextuais do desempenho” (p. 1047). Cada revisão refletia mudanças na prática corrente e fornecia terminologia consistente que poderia ser usada pelos profissionais. Originalmente um documento que respondia ao requerimento federal para desenvolver um sistema de informação uniforme, o texto gradualmente transferia descrições e esquemas do domínio que concerne à terapia ocupacional.

No outono de 1998, a Comissão de Prática da AOTA (COP) embarcou na jornada que culminou na *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo* (Estrutura; AOTA, 2002b). Durante esse tempo, a AOTA publicou *O Guia da Prática da Terapia Ocupacional* (Moyers, 1999), o qual esquematizava muitas das mudanças temporárias da época, e a COP cuidadosamente revisou este documento. Na luz dessas mudanças e recebendo devolutivas durante o processo de revisão da *UT-III*, a COP decidiu que as necessidades de prática tinham mudado e que era o momento de desenvolver um tipo diferente de documento.

Uma vez que a *Estrutura* é um documento oficial da AOTA, ele é revisado por um ciclo de cinco anos. Durante o período de revisão, a COP coletou devolutivas de membros, estudiosos, autores e praticantes para determinar as mudanças necessárias. As revisões seguiram para manter a integridade da *Estrutura* e mudar somente o que era necessário. As revisões refletiam as contribuições correntes da COP, o aperfeiçoamento da escrita do documento, os conceitos emergentes e

mudanças da terapia ocupacional. As razões específicas, de mudanças, são listadas na Tabela 11.

TABELA 11. SUMÁRIO DE REVISÕES SIGNIFICANTES DA 'ESTRUTURA'

Área de Domínio	Mudança	Benefício Pretendido	Razões
Título	Apoiando a saúde e a participação na vida através do envolvimento na ocupação	Aumentar a clareza da intenção	Mudar do título original da Figura 1, Envolvimento na Ocupação para Apoiar a Participação em Contexto ou Contextos, enfatiza que o veículo para a terapia ocupacional para a saúde e a participação é envolver na ocupação. Deletado 'em contexto' para diminuir o título, porque isto é discutido no texto e implícito pela definição de ocupação.
Espiritualidade	Mover do contexto para fatores do cliente	Refletir a maneira na qual os profissionais de terapia ocupacional vêem e analisam significados, valores e crenças de pacientes	Mais comumente, os indivíduos consideram espiritualidade residindo dentro do cliente ao invés de uma parte do contexto. Moreira-Almeida e Koenig (2006) discutem espiritualidade, religião e crenças pessoais como componentes de qualidade de vida. Suas definições são incluídas no texto.
Habilidades de Desempenho	Categorias amplas com uma linguagem mais genérica	Fornecer uma linguagem inclusiva de uma grande série de avaliações e intervenções assim como termos comumente usados na literatura relacionada às habilidades	Baseado no trabalho de Avaliação Motora e Habilidade de Processo (AMHP), Fisher (2006) que fornece a mais distinta categoria e definições de habilidades funcionais. Uma tentativa é feita nesta revisão para destinar críticas para a <i>Estrutura</i> de 2002 nas categorias de Fisher que são limitadas. Para as categorias mais amplas, mais genéricas e inclusivas de linguagem, o COP (comitê) considerou o comprimento das diferenças entre <i>funções corporais</i> , <i>habilidades</i> , <i>capacidades</i> , <i>níveis de habilidades</i> e <i>componentes de ocupações</i> . Na maioria dos artigos, autores usam termos relacionados às habilidades intercambiavelmente com <i>habilidades</i> e <i>capacidades</i> , confundindo os termos. Para adicionar a dificuldade em fornecer aos leitores uma lista de habilidades de desempenho, as categorias propostas não são completamente distintas umas das outras. Sem criar uma distinção artificial entre categorias é necessário tolerar o retorno nestas áreas de habilidade. Por exemplo, de acordo com Fidler (2001), "o aprendizado de habilidade e aquisição de práxis devem ser fenômenos idênticos" (p.89). A percepção é frequentemente discutida em literatura cognitiva; e cognição social implica em um conjunto de habilidades específicas, assim como as habilidades sócio-emocionais, as habilidades sensório-motoras são também consideradas conjuntamente.
Descanso e Sono	Mover de AVD para a área de ocupação	Evidenciar a importância de descanso e sono, especialmente as que relacionam ao apoio ou envolvimento em outras áreas de ocupação	Descanso e sono são duas das quatro principais categorias de ocupação discutidas por Adolf Meyer (1922). Diferente de qualquer outra área de ocupação, todas as pessoas descansam como resultado do envolvimento em ocupações e se envolvem no sono por várias horas ao longo do dia em sua vida. Dentro da ocupação o descanso e o sono são atividades tais como o preparo de si mesmo e do ambiente para dormir, interações com outro que compartilham o mesmo local de dormir, leitura ou música para "cair no sono", cochilo, sonhar, cuidados noturnos para necessidades de toalete, necessidades noturnas do cuidador e a garantia de segurança. Dormir significativamente afeta todas as áreas de ocupação. Jonsson (2007) sugeriu que proporcionar a ênfase do sono na estrutura como uma área de ocupação irá promover a consideração de escolhas de estilo de vida, como importante aspecto da participação e da saúde.
Contexto	Mudar para contexto e ambiente	Permite usar uma linguagem mais ampla, consistente com leigos e teorias de terapia ocupacional existentes	Os termos contexto e ambiente não são iguais, mas frequentemente são usados intercambiavelmente. Na literatura geral, o ambiente é usado mais frequentemente. Teorias de terapia ocupacional frequentemente usam ambiente ao invés de contexto. Esta mudança permite uma transição entre os dois termos. Na narrativa, o contexto é usado para incluir o ambiente.

TABELA 11. SUMÁRIO DE REVISÕES SIGNIFICANTES DA ‘ESTRUTURA’*(Continuação)*

Área de Domínio	Mudança	Benefício Pretendido	Razões
Justiça Ocupacional	Inclui narrativa sobre a importância de justiça social específica à terapia ocupacional	Enfatiza a importância dos valores da terapia ocupacional na comunidade global	A discussão dos conceitos de justiça ocupacional encoraja os profissionais a examinar as múltiplas contribuições para o envolvimento e participação social. Townsend e Wilcock (2004) são líderes na compreensão deste conceito importante. Gupta e Walloch (2006) fornecem um bom sumário deste trabalho.
Área de Processo	Mudança	Benefício intencionado	Razão
Cliente	Inclui pessoa, organização, população	Amplia o escopo do serviço da terapia ocupacional e fornece uma linguagem consistente com a advocacia e grupos elaboradores de política.	De acordo com o Guia da Prática da Terapia Ocupacional (MOYERS & DALE, 2007). A linguagem na literatura de terapia ocupacional é frequentemente focada no indivíduo ou pessoa. Esta mudança enfatiza a forma na qual a terapia ocupacional contribui para grupos de pessoas, populações, e organizações, frequentemente em arenas de prática não tradicionais.
Raciocínio Clínico	Identifica a razão na qual a visão dos profissionais do cliente é informada via conhecimento, habilidade e evidência	Enfatiza a importância das habilidades de resolução de problemas dos profissionais na interação com o cliente	Raciocínio clínico foi expandido no documento para enfatizar a sua importância ao longo do processo de terapia ocupacional. Intrínseco a qualquer interação entre o profissional e o cliente está o pensamento crítico e implícito nas habilidades de raciocínio clínico que informam e guiam a intervenção.
Análise de Atividades Síntese da Atividade	Inclui discussão sobre análise de atividades e a relação com o cliente	Enfatiza a importância desta habilidade crítica que informa a intervenção	Os profissionais de terapia ocupacional têm um alto nível de habilidade em identificar as demandas de uma atividade e então sintetizar esta informação comparando com as necessidades do cliente e com as habilidades para identificar dificuldades de desempenho ocupacional específicas.
Auto-Advocacia	Inclui auto-advocacia como resultado	Fornecer um foco no empoderamento como uma característica chave na saúde e na ocupação	Quando trabalhando com indivíduos, populações ou organizações a terapia ocupacional fornece intervenção na qual promove a auto-advocacia como significado e direcionada para melhorar a saúde e a participação.
Prática Baseada em Evidência	Enfatiza o papel da pesquisa na informação da prática	Articula o valor da profissão dirigida pela ciência	A terapia ocupacional é uma profissão fundamentada na prática informativa da ciência básica e aplicada.

TABELA 11. SUMÁRIO DE REVISÕES SIGNIFICANTES DA ‘ESTRUTURA’

(Continuação)

Terminologia	Mudança	Benefício Intencionado	Razão
Transativo e Interativo	Inclui a idéia que as áreas de domínio são transativas e o cliente é interativo	Cria distinção entre os relacionamentos de conceito dentro dos domínios e interações entre clientes e profissionais	<i>Transativo</i> é usado para descrever a maneira dinâmica na qual as áreas de domínio da terapia ocupacional se interceptam. <i>Interativo</i> é a maneira na qual os clientes e os profissionais de terapia ocupacional se envolvem juntos ou com outros. A terapia ocupacional é, portanto a interação entre profissionais e clientes dentro de uma ou mais áreas do domínio que encontram o global objetivo do envolvimento na ocupação para apoiar a saúde e a participação
Atividade/ Ocupação e Atividade Propositada	Uso da ocupação para incluir atividade na narrativa	Aumenta a legibilidade do documento	Reconhece o trabalho de peritos no campo, os autores reconhecem as diferenças em atividades e ocupação. Entretanto, este documento não se envolve neste debate. Na <i>Estrutura</i> , a ocupação é usada para incluir atividade. A atividade é usada especificamente para tarefas consideradas isoladamente dos clientes. Atividade propositada é usada para descrever um tipo de intervenção determinada pelo terapeuta para ser de ‘propósito’ para alcançar os objetivos da intervenção, e não no sentido de julgar se a atividade escolhida pelo cliente é propositada ou não.
Resultados	Mudança	Benefício Intencionado	Razão
Resultados	Adiciona justiça ocupacional e auto-advocacia na Tabela 10: Tipos de Resultados	Para conhecimento do compromisso da terapia ocupacional à justiça e autodeterminação para todas as pessoas	Reconhece que um importante resultado de uma intervenção de terapia ocupacional pode estar capacitando todos os indivíduos a estarem aptos a encontrar as suas necessidades básicas e ter igual oportunidade e chances de vida na direção de alcançar seu potencial através do envolvimento em diversas e significativas ocupações.

A *Estrutura* é um documento que envolve e sofrerá outra revisão em cinco anos, na qual novamente se examinará a utilidade do documento e a necessidade de maiores refinamentos e mudanças. A próxima interação provavelmente modificará como resultado do progresso da profissão em direção a *AOTA's 2017 Centennial Vision* (Visão Centenária) da: “terapia ocupacional como uma profissão poderosa, bem reconhecida, cientificamente baseada em evidência, com uma força

de trabalho diversa e globalmente conectada, que vai ao encontro das necessidades ocupacionais da sociedade” (AOTA, 2007a).

Embora a *Estrutura* represente a última evolução da profissão, isso constrói um conjunto de valores que os profissionais de terapia ocupacional têm feito desde sua fundação em 1917. Esta visão de fundamento é centrada na crença profunda de valores na terapêutica por ocupação como um caminho para remediar doença e manter saúde (SLAGLE, 1924). Isto enfatizava a importância de estabelecer um relacionamento terapêutico com cada cliente e desenhar um plano de tratamento baseado no conhecimento sobre os desejos, valores, objetivos e ambiente do indivíduo (MEYERS, 1922). E na advocacia para prática científica baseada na observação sistemática e tratamento (DUNTON, 1934). Parafraseado, usando o léxico atual, os fundadores propuseram uma visão que era baseada na ocupação, centrada no cliente, contextual e baseada na evidência – a visão articulada na *Estrutura* de hoje. ▲

Agradecimentos

A Comissão da Prática (COP) expressa sincera apreciação para todos os que participaram do desenvolvimento da *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, 2nd Edição*. Esta nova edição representa a combinação dos esforços de numerosos colegas que forneceram uma descrição coletiva da arquitetura da terapia ocupacional dentro da ecologia da profissão. Em acréscimo, para os nomes que se seguem, a COP deseja agradecer a cada um que tem contribuído com o diálogo, devolutivas e conceitos, apresentados neste documento.

Sinceramente e, com apreciação, é estendido para Wendy Schoen por todo seu apoio; para a presidente anterior da AOTA, Carolyn Baum, PhD, OTR/L, FAOTA, e a atual presidente Penelope A. Moyers Cleveland, EdD, OTR/L, BCMH, FAOTA, por seus *insights* e direções; membros da *Representative Assembly Coordinating Council* (RACC), especialmente Brent Braveman, PhD, OTR/L, FAOTA, e Wendy Hildenbrand, MPH, OTR/L, FAOTA; para aqueles que fornecem conteúdo significativo e revisões, incluindo Ina Elfant Asher, MS, OTR/L; Kathleen Barker Schwartz, EdD, OTR/L, FAOTA; Mary Frances Baxter, PhD, OTR/L; Christine Beall, OTR/L; Stefanie Bodison, MA, OTR/L; Sarah Burton, MS, OT/L; Denea S. Butts, OTD, OTR/L; Jane Case-Smith, EdD, OTR, BCP, FAOTA; Florence Clark, PhD,

OTR/L, FAOTA; Gloria Frolek Clark, MS, OTR/L, FAOTA; Elizabeth Crepeau, PhD, OTR, FAOTA; Anne E. Dickerson, PhD, OTR/L, FAOTA; Winifred Dunn, PhD, OTR, FAOTA; Lisa Ann Fagan, MS, OTR/L; Anne G. Fisher, PhD, OTR, FAOTA; Naomi Gil, MSc, OT; Lou Ann Griswald, PhD, OTR, FAOTA; Sharon A. Gutman, PhD, OTR/L; Jim Hinojosa, PhD,OT, FAOTA; Hans Jonsson, PhD, OT(Reg); Paula Kramer, PhD, OTR/L, FAOTA; Patricia LaVesser, PhD, OTR/L; Donna Lucente-Surber, OTR/L; Stephen H. Luster, MS, OTR, CHT; Zoe Mailloux, MA, OTR/L, FAOTA; Jean McKinley-Vargas, MS, OTR/L; David Nelson, PhD, OTR/L, FAOTA; L. Diane Parham, PhD, OTR/L, FAOTA; Marta Pelczarski, OTR; Kathlyn L. Reed, PhD, OTR, FAOTA; Barbara Schell, PhD, OTR/L, FAOTA; Camille Skubik-Peplaski, MS, OTR/L, BCP; Virginia Carroll Stoffel, PhD, OT, BCMH, FAOTA; Marjorie Vogeley, OTR/L; and Naomi Weintraub, PhD, OTR.

GLOSSÁRIO

A

Abordagem centrada no cliente

Orientação que preza os desejos e prioridades dos clientes ao esquematizar e executar intervenções (adaptado de DUNN, 2000a, p. 4).

Abordagens de intervenção

Estratégias específicas selecionadas para direcionar o processo de intervenção que são baseadas no resultado desejado pelo cliente, nos dados da avaliação e na evidência (ver Tabela 9).

Adaptação

Uma resposta de aproximação que o cliente faz ao deparar-se com um desafio ocupacional. “Esta mudança é realizada quando as tentativas de respostas habituais do indivíduo são tidas como inadequadas para produzir algum grau de domínio sobre o desafio (SCHULTZ e SCHKADE, 1997, p. 474).

Advocacia/Apoio

A “procura por influenciar resultados – incluindo política pública e decisão de alocação de recursos dentro dos sistemas e instituições políticas, econômicas e sociais – que afetam diretamente as vidas das pessoas” (Advocacy Institute, 2001, como citado em GOODMAN-LAVEY e DUNBAR, 2003, p. 422).

Ambiente

Ambiente físicos externos e sociais que circunda o cliente e no qual suas ocupações da vida diária ocorrem (ver Tabela 6).

Ambiente físico

Ambiente não humano artificial natural e construído e os objetos no mesmo.

Ambiente social

Construído pela presença, relações e expectativas das pessoas, organizações e populações.

Análise de atividade

“... refere-se às demandas típicas da atividade, à série de habilidades envolvidas em seu desempenho, e aos vários significados culturais que podem ser atribuídos a elas (CREPEAU, 2003, p. 192).

Análise do desempenho ocupacional

Parte do processo de avaliação. Coleta de informação através de ferramentas de avaliação designadas para observar, medir e investigar sobre fatores selecionados que apóiam ou impedem o desempenho ocupacional.

Áreas de ocupações

Vários tipos de atividades diárias nas quais as pessoas se envolvem, incluindo as seguintes categorias: AVDs, AIVDs, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social (ver Tabela 1).

Atividade (Atividades)

Classe de ações humanas que são direcionadas a um objetivo.

Atividades de Vida Diária (AVDs)

Atividades orientadas para o ato de cuidar de seu próprio corpo (adaptado de ROGERS e HOLM, 1994, pp. 182-202). AVDs também é referenciado como *Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)* e *Atividades Pessoais de Vida Diária (APVD)*. Estas atividades são “fundamentais para viver no mundo social; elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar” (CHRISTIANSEN e HAMMECKER, 2001, p. 156) (ver Tabela 1 para definição dos termos).

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

Atividades que apóiam a vida diária dentro de casa e na comunidade e que frequentemente requerem interações mais complexas do que aquelas de autocuidado usadas na AVDs (ver Tabela 1).

Atividade propositada

Um comportamento direcionado para um objetivo ou atividade em um contexto terapêuticamente desenhado que conduz a uma ocupação ou ocupações. Atividades

especificamente selecionadas que possibilitam o cliente a desenvolver habilidades que aumentam seu envolvimento ocupacional.

Auto-advocacia

Compreensão das suas capacidades e necessidades, identificação de seus objetivos pessoais, conhecimento de seus direitos legais e responsabilidades e comunicação destes com os outros (DAWSON, 2007).

Avaliação

“Ferramentas específicas ou instrumentos que são usados durante o processo de avaliação” (AOTA, 2005, p. 663).

Avaliação

“O processo de obter e interpretar dados necessários à intervenção. Isto inclui o planejamento e a documentação do processo de avaliação e resultados” (AOTA, 2005, p.663).

B

Bem estar

“Processo ativo através do qual os indivíduos tornam-se conscientes de fazer escolhas em direção a uma existência mais bem sucedida” (HETTLER, 1984, p. 1117). O bem estar é mais do que a falta dos sintomas da doença. É um estado de equilíbrio e condição mental e físico (adaptado de Taber’s *Cyclopedic Medical Dictionary*, 1997, p. 2110).

Brincar

“Qualquer atividade espontânea ou organizada que provê prazer, entretenimento, distração ou diversão” (PARHAM e FAZIO, 1997, p. 252) (ver Tabela 1).

C

Ciência ocupacional

Disciplina de graduação interdisciplinar nas ciências sociais e comportamental, dedicada ao estudo da forma, função e significado das ocupações humanas (ZEMKE e CLARK, 1996).

Cliente

Pessoa que recebe serviços de terapia ocupacional. Os clientes podem incluir (1) indivíduos e outras pessoas relevantes à vida do indivíduo, incluindo família, cuidadores, professores, empregadores, e outros que também possam auxiliar ou serem servidos indiretamente; (2) organizações, tais como negócios, indústrias, ou agências; e (3) populações dentro da comunidade (MOYERS e DALE, 2007).

Contexto

Refere-se a uma variedade de condições inter-relacionadas no e ao redor do cliente, que influenciam seu desempenho. Contextos incluem o cultural, pessoal, temporal, e virtual (ver Tabela 6).

Co-ocupação

Atividades que implicitamente envolvem no mínimo duas pessoas (ZEMKE e CLARK, 1996).

Crença

Qualquer conteúdo cognitivo considerado verdadeiro pelo cliente (MOYERS e DALE, 2007).

Cultural (contexto)

“Costumes, crenças, padrões de atividade e comportamento padronizados, e expectativas aceitas pela sociedade da qual o [cliente] é um membro. Inclui afiliação étnica e valores, assim como aspectos políticos, tais como leis que afetam o acesso aos recursos e afirmam os direitos pessoais. Incluem também oportunidades para educação, emprego, e suporte econômico (AOTA, 1994, p. 1054).

D**Demandas da atividade**

Os aspectos de uma atividade, os quais incluem os objetos e suas propriedades físicas, espaço, demandas sociais, seqüenciamento ou ritmo, ações necessárias ou habilidades, funções e estruturas corporais básicas necessárias para realizar a atividade (ver Tabela 3).

Descanso

Ações quietas e sem esforço que interrompem a atividade física e mental, resultando em estado relaxado (NURIT e MICHEL, 2003, p. 227).

Desempenho ocupacional

Ato de fazer e completar uma atividade selecionada ou ocupação resultante da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e a atividade. As habilidades promotoras e capacitadoras e os padrões no desempenho ocupacional conduzem ao envolvimento nas ocupações ou atividades (adaptado em parte de LAW et al., 1996, p. 16).

Domínio

Uma esfera de atividade, interesse ou função (*American Heritage Dictionary*, 2006).

E**Educação**

Inclui o aprendizado de atividades necessárias ao participar em um ambiente (ver Tabela 1).

Envolvimento (Engajamento)

Ato de compartilhar atividades.

Esperança

Crença real ou concebida que alguém pode direcionar a um objetivo através de caminhos selecionados (LOPEZ et al, 2004).

Espiritualidade

“[A] busca pessoal pela compreensão das respostas que fundamentam questões sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) conduzir ou resultar no desenvolvimento de rituais religiosos e na formação da comunidade (MOREIRA-ALMEIDA e KOENIG, 2006, p. 844).

Estruturas do corpo

“Partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes [que apóiam a função corporal]” (OMS, 2001, p. 10) (ver Tabela 2).

F**Fatores do cliente**

Aqueles fatores que residem no cliente e que podem afetar o desempenho nas áreas de ocupação. Os fatores do cliente incluem valores, crenças, e espiritualidade; funções do corpo; e estruturas do corpo (ver Tabela 2).

Funções do corpo

“Funções fisiológicas do sistema corporal (incluindo funções psicológicas)” (OMS, 2001, p. 10) (ver Tabela 2).

H**Habilidades Cognitivas**

Ações ou comportamentos que um cliente utiliza para planejar e controlar o desempenho de uma atividade.

Habilidades de Regulação emocional

Ações ou comportamentos que um cliente usa para identificar, gerenciar e expressar sentimentos enquanto se envolve nas atividades ou interações com outros.

Habilidades Social e de Comunicação

Ações ou comportamentos que uma pessoa usa para se comunicar e interagir para com outros em um ambiente interativo (Fisher, 2006).

Habilidades do desempenho

Tratam-se das habilidades que os clientes demonstram nas ações que desempenham (ver Tabela 4).

Habilidades Práxica e Motora**Motor**

Ações ou comportamentos do cliente usados para se mover e interagir fisicamente com tarefas, objetos, contextos e ambientes (adaptado de FISHER, 2006). Inclui planejamento, seqüenciamento e execução de novos movimentos.

Ver também Práxis.

Habilidades Percepto-Sensoriais

Ações ou comportamentos que um cliente utiliza para localizar, identificar e responder a sensações e para selecionar, interpretar, associar, organizar e se lembrar de eventos através de sensações que incluem as visuais, auditivas, proprioceptivas, táteis, olfativas, gustativas e vestibulares.

Hábitos

“Comportamento automático que é integrado em padrões mais complexos que capacitam as pessoas a funcionar em uma base diária...” (NEISTADT e CREPEAU, 1998, p. 869). Hábitos podem ser úteis, influentes, ou empobrecidos e apóiam ou interferem no desempenho nas áreas de ocupação.

I

Identidade

Uma definição composta de si mesmo e inclui um aspecto interpessoal... um aspecto de possibilidade ou do potencial (em quem nós podemos nos tornar), e um aspecto de valor (que sugere a importância e provê uma base estável para escolhas e decisões)... Identidade pode ser percebida como a visão superior de nós próprios que inclui tanto a auto-estima e o auto-conceito, mas que também reflete de maneira significativa e é influenciada pelo amplo mundo social no qual nos encontramos (CHRISTIANSEN, 1999, pp. 548-549).

Independência

“Um estado auto-direcionado de ser, caracterizado por uma habilidade individual de participar em ocupações necessárias e preferidas de uma forma satisfatória sem restrição de quantidade ou tipo de auxílio externo desejado ou requerido.

- A autodeterminação é essencial para alcançar e manter a independência;
- A independência de um indivíduo não está relacionada com o fato de ele/ela realizar por si próprio as atividades relacionadas com uma ocupação, desempenhar

as atividades em um ambiente adaptado ou modificado, fazer uso de vários dispositivos ou estratégias modificados, ou ter supervisão para a conclusão da atividade por outros;

- A independência é definida pela cultura e valores do indivíduo, sistemas de suporte, e habilidade de administrar sua vida; e
- A independência de um indivíduo não deve estar baseada em critérios pré-estabelecidos, percepção de observadores externos, ou como a independência é efetuada” (AOTA, 2002a, p. 660).

Interdependência

A “confiança que as pessoas têm entre si como uma consequência natural de viver em grupo” (CHRISTIANSEN e TOWNSEND, 2004, p. 277). “A interdependência causa um espírito de inclusão social, auxílio mútuo, e um compromisso moral e de responsabilidade para reconhecer e suportar a diferença” (p. 146).

Interesses

“Algo que a pessoa considera agradável ou satisfatório fazer (KIELHOFNER, 2002, p. 25).

Intervenção

O processo e as habilidades realizadas pelos praticantes de terapia ocupacional em colaboração com o cliente para facilitar o envolvimento na ocupação relacionado à saúde e à participação. O processo de intervenção inclui o planejamento, a implementação e a revisão (ver Tabela 7).

Intervenção baseada na ocupação

Um tipo de intervenção da terapia ocupacional - uma intervenção centrada no cliente na qual o praticante de terapia ocupacional e o cliente selecionam e planejam de maneira colaborativa atividades que têm relevâncias ou significados específicos para o cliente e que dão apoio para os seus interesses, necessidades, saúde e participação na sua vida diária.

J

Justiça ocupacional

“Justiça relacionada às oportunidades e aos recursos necessários para participação ocupacional suficiente para satisfazer as necessidades pessoais e plena cidadania” (CHRISTIANSEN e TOWNSEND, 2004, p. 278). Experimentar o significado e o enriquecimento nas ocupações de alguém; participar na gama das ocupações para saúde e inclusão social; fazer escolhas e compartilhar a capacidade de tomada de decisão na atividade diária; e receber privilégios iguais para participação variada nas ocupações (TOWNSEND e WILCOCK, 2004).

Justiça social

“Distribuição ética e divisão de recursos, direitos e responsabilidades entre as pessoas, reconhecendo seus valores iguais como cidadãos. [Identifica] ‘seus direitos igualitários de serem capazes de encontrar necessidades básicas, necessidade de difundir oportunidades e oportunidades de vida o mais amplamente possível, e finalmente, a exigência de que podemos reduzir e, se possível, eliminar as desigualdades injustificadas” (Commission on Social Justice, 1994, p. 1).

“Trata-se da promoção da mudança social e econômica para aumentar a consciência individual, comunitária e política, os recursos e as oportunidades de saúde e bem-estar” (WILCOCK, 2006, p. 344).

L

Lazer

“Atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e envolvida durante o tempo livre, ou seja, tempo livre das ocupações obrigatórias tais como o trabalho, o autocuidado ou o sono (PARHAM e FAZIO, 1997, p. 250).

M

Métodos preparatórios

Métodos e técnicas que preparam o cliente para o desempenho ocupacional. Usados na preparação para/ou concomitantemente com atividades propositadas ou atividades baseadas na ocupação.

O

Objetivos

“Resultado ou realização cujo esforço é direcionado; alvo; fim” (Webster’s Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language, 1994, p. 605).

Ocupação

“Ações direcionadas a um objetivo que se estendem tipicamente ao longo do tempo possuindo um significado para o desempenho, e que envolvem múltiplas tarefas (CHRISTIANSEN et al, 2005, p. 548).

“Atividades diárias que refletem valores culturais, provêm estrutura de vida e significado para os indivíduos; tais atividades suprem as necessidades humanas de autocuidado, prazer e participação na sociedade” (CREPEAU et al, 2003, p. 1031).

“Atividades que as pessoas realizam ao longo de suas vidas diárias para suprir seu tempo e dar significado à vida. As ocupações envolvem habilidades e destrezas mentais, podendo ou não ter uma dimensão física observável (HINOJOSA e KRAMER, 1997, p. 865).

“[A]tvidades... da vida diária, nomeadas, organizadas, valorizadas e significativas para indivíduos e uma cultura. A ocupação é tudo que as pessoas fazem para se ocupar, incluindo cuidado... aproveitar a vida... e contribuir para a estrutura social e econômica de suas comunidades” (LAW et al, 1997, p. 32).

“[Trata-se de] uma relação dinâmica entre uma forma ocupacional, uma pessoa com uma estrutura única de desenvolvimento, significados subjetivos e objetivos, e o desempenho ocupacional resultante” (NELSON e JEPSON-THOMAS, 2003, p. 90).

“Amostras da atividade diária que pode ser denominada no léxico da cultura” (ZEMKE e CLARK, 1996, p. vii).

Organizações

Entidades com um propósito comum ou empreendimento tal como empresas, indústrias ou agências.

P

Padrões do desempenho

Padrões do comportamento relacionados às atividades de vida diária que são habituais ou rotineiros. Eles podem incluir hábitos, rotinas, rituais e papéis (ver Tabela 5).

Papéis

Papéis são um conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura, e que podem ser mais conceituados e definidos pelo cliente.

Participação

“Envolvimento em situações da vida” (OMS, 2001, p.10).

Participação social

“Padrões de comportamento organizados que são característicos e esperados de um indivíduo em uma determinada posição dentro de um sistema social (MOSEY, 1996, p. 340) (ver Tabela 1).

Perfil Ocupacional

Resumo da história ocupacional, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades do cliente.

Pessoal

“Características de um indivíduo que não são parte de uma condição ou estado de saúde” (OMS, 2001, p. 17). O contexto pessoal inclui idade, sexo e *status* socioeconômico e educacional. Pode também incluir níveis organizacionais (ex., voluntários, empregados) e níveis populacionais (ex., membros de uma sociedade).

Pessoas

Indivíduos, incluindo famílias, cuidadores, professores, empregadores e outros relevantes.

Populações

Grupos grandes como um todo, tais como refugiados, sem teto, veteranos de guerra e pessoas que necessitam de cadeiras de rodas.

Práxis

Movimentos intencionais habilidosos (HEILMAN e ROTH, 1993). Habilidade de realizar atos motores seqüenciais como parte de um plano geral maior do que atos individuais (LIEPMANN, 1920). Habilidade de executar atividades motoras

aprendidas, incluindo o seguimento de comando verbal, a construção visuo espacial, as habilidades motoras, orais e oculares, a imitação de uma pessoa ou objeto e o sequenciamento de ações (AYRES, 1985; FILLEY, 2001). Organização das sequências temporais das ações dentro do contexto espacial, as quais formam ocupações significativas (BLANCHE e PARHAM, 2002). Ver também *Motor*.

Prevenção

“[P]romoção da saúde é igualmente e essencialmente preocupada com a criação de condições necessárias para a saúde nos níveis individual, estrutural, social e ambiental através de uma compreensão dos determinantes da saúde: paz, moradia, educação, alimentação, renda e um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (KRONENBERG, ALGADO e POLLARD, 2005, p. 441).

Promover um estilo de vida saudável no nível individual, grupal, organizacional, comunitário (sociedade), governamental/ nível político (adaptado de BROWNSON e SCAFFA, 2001).

Processo

Uma descrição da forma na qual os praticantes de terapia ocupacional operacionalizam sua especialidade em prover serviços aos clientes. O processo inclui avaliação, intervenção e monitoramento do resultado. Ocorre dentro da competência do domínio e envolve a colaboração entre o terapeuta ocupacional, o assistente de terapia ocupacional e o cliente.

Promoção de saúde

“[O] processo de capacitação pessoal para aumentar o controle sobre a saúde e melhorá-la. Para alcançar um estado de completo bem estar físico, mental e social, uma pessoa ou um grupo devem ser capazes de identificar e realizar aspirações para satisfazer necessidades, e para modificar ou lidar com o ambiente (OMS, 1986).

“[C]riar as condições necessárias para a saúde nos níveis individual, estrutural, social e ambiental através da compreensão de determinantes de saúde: paz, moradia, educação, alimentação, salário, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (TRENTHAM e COCKBURN, 2005, p. 441).

Q**Qualidade de vida**

Uma dinâmica avaliação das satisfações de vida do cliente (percepções do progresso em relação aos objetivos identificados), autoconceito (o composto de crenças e sentimentos sobre elas), saúde e funcionamento (incluindo estado da saúde, capacidades de autocuidado) e fatores socioeconômicos (por exemplo, vocação, educação, renda) (adaptado de RADOMSKI, 1995; ZHAN, 1992).

R**Raciocínio clínico**

“Processo cognitivo e complexo multifacetado utilizado por profissionais para planejar, orientar, desempenhar, e refletir sobre a intervenção (CREPEAU et. al, 2003, p. 1027).

Reavaliação

Uma reavaliação do desempenho e objetivos do cliente a fim de determinar o tipo e a quantidade de mudança.

Resultados

Trata-se daquilo que a terapia ocupacional alcança efetivamente para os consumidores de seus serviços (adaptado de FUHRER, 1987). Mudança desejada pelo cliente que focaliza em qualquer área do desempenho ocupacional do cliente (adaptado de KRAMER, MCGONIGEL e KAUFMAN, 1991).

Ritual

Ações simbólicas com significado espiritual, cultural ou social que contribuem para a identidade do cliente e que enfatizam seus valores e crenças (FIESE et al, 2002; SEGAL, 2004). Os rituais são altamente simbólicos com um forte componente afetivo e representativo de uma coleção de eventos.

Rotinas

Padrões de comportamento que são observáveis, regulares, repetitivos e que provém estrutura para a vida diária. Podem ser satisfatórias, promotoras ou

prejudiciais. As rotinas requerem compromisso momentâneo e são incorporadas nos contextos culturais e ecológicos (FIESE et al, 2002; SEGAL, 2004).

S

Saúde

Saúde é uma fonte para a vida diária, não o objetivo de viver. É o completo estado de bem estar físico, mental e social, assim como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais e também as capacidades físicas (adaptado da OMS, 1986).

Sono

“Um estado periódico natural de descanso para a mente e para o corpo no qual os olhos usualmente se fecham e a consciência encontra-se completamente ou parcialmente perdida, de forma que há uma diminuição do movimento corporal e da resposta aos estímulos externos. Durante o sono, o cérebro nos humanos, e em outros mamíferos, experimenta um ciclo característico de atividade de ondas cerebrais que inclui intervalos de sonho” (The Free Dictionary, 2007) (ver Tabela 1). Refere-se a uma série de atividades que resulta em adormecer, permanecer dormindo e garantir a saúde e a segurança através da participação no sono envolvendo um compromisso com os ambientes físicos e sociais.

T

Temporal

“Localização do desempenho ocupacional no tempo” (NEISTADT e CREPEAU, 1998, p. 292). Experiência do tempo como forma de envolver-se nas ocupações. Os aspectos temporais das ocupações “que contribuem para os padrões das ocupações diárias” são “o ritmo... tempo... sincronização... duração... e seqüência” (LARSON e ZEMKE, 2004, p. 82; ZEMKE, 2004, p. 610). Inclui estágios da vida, momentos do dia, duração, ritmo da atividade, ou história.

Terapia ocupacional

A prática da terapia ocupacional significa o uso terapêutico das atividades da vida diária (ocupações) com indivíduos ou grupos com o propósito da participação em papéis e situações em casa, na escola, no trabalho, na comunidade e em outros

contextos. Os serviços de terapia ocupacional são providos a fim de promover a saúde e o bem estar e para aqueles que têm ou estão em risco em desenvolver uma enfermidade, lesão, moléstia, disfunção, condição, dano, incapacidade, limitação de atividade, ou restrição na participação. A terapia ocupacional destina-se aos aspectos físicos, cognitivos, psicossociais, sensoriais e outros aspectos do desempenho em uma variedade de contextos para favorecer a ocupação nas atividades de vida diária que afetam a saúde, o bem estar e a qualidade de vida (AOTA, 2004a).

Trabalho

“Atividades necessárias para se envolver no mercado de trabalho remunerado ou em atividades voluntárias” (MOSEY, 1996, p. 341) (ver Tabela 1).

Transacional

Um processo que envolve dois ou mais indivíduos ou elementos que influenciam reciprocamente ou continuamente e afetam uns aos outros através do relacionamento contínuo (DICKIE, CUTCHIN e HUMPHRY, 2006).

V

Valores

Princípios, padrões ou qualidades consideradas válidas ou desejáveis pelo cliente que os detém (MOYERS e DALE, 2007).

Virtual

Ambiente no qual a comunicação ocorre através das vias aéreas ou computadores e na ausência de contato físico. Inclui a existência de um ambiente simulado ou em tempo real ou próximo ao tempo real, tais como salas de bate-papo, e-mail, vídeo conferência e transmissões de rádio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HERITAGE DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE. 4th ed. Boston: Houghton-Mifflin. 2006.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Occupational therapy product output reporting system and uniform terminology for reporting occupational therapy services*. (Available from American Occupational Therapy Association, 4720 Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD 20824-1220), 1979.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Uniform terminology for occupational therapy*. 2nd ed. (Available from American Occupational Therapy Association, 4720 Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD 20824-1220). 1989.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Uniform terminology for occupational therapy (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1994. p.1047–1054.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Broadening the construct of independence [Position Paper]. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 2002a. p.660.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 2002b. p.609–639.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Definition of occupational therapy practice for the AOTA Model Practice Act*. Bethesda, MD: Author. (Available from the State Affairs Group, 4720. Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD, 2004a. p.20824–1220.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION.. Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 2004b. p.663–667.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. (2004c). Occupational therapy's commitment to nondiscrimination and inclusion *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 2004. p.666.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Standards of practice for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 2005. p.663–665.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. (2006). Policy 1.44: Categories of occupational therapy personnel. In *Policy manual* Bethesda, MD: Author. 2007. p. 33–34.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. AOTA Centennial Vision and executive summary. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2007a. p.613–614.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2007b. p.686–700.

AYRES, A. J. *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services. 1972.

AYRES, A. J. *Developmental dyspraxia and adult onset apraxia*. Torrance, CA: Sensory Integration International. 1985.

AYRES, A. J. *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services. 2005.

BAUM, C. M., BASS-HAUGEN, J., & CHRISTIANSEN, C. H. Person–environment–occupation performance: A model for planning interventions for individuals and organizations. In C. H. CHRISTIANSEN, C. M. BAUM, & J. BASS-HAUGEN (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. 3rd ed. Thorofare, NJ: Slack. 2005. p. 373–392.

BERGEN, D. (Ed.). *Play as a medium for learning and development: A handbook of theory and practice*. Portsmouth, NH: Heinemann. 1988.

BLANCHE, E. I., & PARHAM, L. D. Praxis and organization of behavior in time and space. In S. Smith Roley, E. I. Blanche, & R. C. Schaaf (Eds.), *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations* (pp. 183–200). San Antonio, TX: Therapy Skill Builders. 2002.

BLOOM, B. S., KRATHWOHL, D. R., & MASIA, B. B. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. New York: Longman. 1984.

BROWNSON, C. A., & SCAFFA, M. E. Occupational therapy in the promotion of health and the prevention of disease and disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 2001. p.656–660.

CALVERT, G., SPENCE, C., & STEIN, B. E. (Eds.). *The handbook of multisensory processes*. Cambridge, MA: MIT Press. 2004.

CHAPPARO, C., & RANKA, J. The perceive, recall, plan, perform (PRPP) system of task analysis. In C. Chapparo & J. Ranka (Eds.), *Occupational performance model* Sydney: Occupational Performance Network. Australian Monograph 1, 1997. p. 189–197.

CHRISTIANSEN, C. H. Defining lives: Occupation as identity—An essay on competence, coherence, and the creation of meaning [1999 Eleanor Clarke Slagle Lecture]. *American Journal of Occupational Therapy*, 53,1999. p. 547–558

CHRISTIANSEN, C. H., & BAUM, M. C. (Eds.). *Occupational therapy: Enabling function and wellbeing*. Thorofare, NJ: Slack. 1997.

CHRISTIANSEN, C., BAUM, M. C., & BASS-HAUGEN, J. (Eds.). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack. 2005.

CHRISTIANSEN, C. H., & HAMMECKER, C. L. Self care. In B. R. BONDER & M. B. WAGNER (Eds.), *Functional performance in older adults* Philadelphia: F. A. Davis. 2001. p. 155–175.

CHRISTIANSEN, C. H., & TOWNSEND, E. A. (Eds.). *Introduction to occupation: The art and science of living*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2004

CLARK, F. A. The concept of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis. *Occupational Therapy Journal of Research*, 20, 2000. p. 123S–137S.

COHN, E. S. (2001). Parent perspectives of occupational therapy using a sensory integration approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 2001. p.285–294.

COHN, E. S., MILLER, L. J., & TICKLE-DEGNAN, L. Parental hopes for therapy outcomes: Children with sensory modulation disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 2002. p.36–43.

COMMISSION ON SOCIAL JUSTICE. *Social justice: Strategies for national renewal. The report of the Commission on Social Justice* London: Vintage. 1994.

CREPEAU, E. Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. In E. Crepeau, E. Cohn, & B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed., pp. 189–198). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003.

CREPEAU, E., COHN, E., & SCHELL, B. (Eds.). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003.

DAWSON, J. *Self-advocacy: A valuable skill for your teenager*. Retrieved January 20, 2007, from www.schwablearning.org

DICKIE, V., CUTCHIN, M. P., & HUMPHRY, R. Occupation as transactional experience: A critique of individualism in occupational science. *Journal of Occupational Science*, 13, 2006. p.83–93.

DUNLEA, A. An opportunity for co-adaptation: The experience of mothers and their infants who are blind. In R. ZEMKE & F. CLARK (Eds.), *Occupational science: The evolving discipline* Philadelphia: F. A. Davis.1996. p. 227–342.

DUNN, W. *Best practice in occupational therapy in community service with children and families*. Thorofare, NJ: Slack. 2000a.

DUNN, W. Habit: What's the brain got to do with it? *Occupational Therapy Journal of Research*, 20 (Suppl. 1), fall, 2000b. p.6S–20S.

DUNN, W., MCCLAIN, L. H., BROWN, C., & YOUNGSTROM, M. J. The ecology of human performance. In M. E. NEISTADT & E. B. CREPEAU (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 525–535). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1998.

DUNTON, W. R. The need for and value of research in occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 13, 1934. p. 325–328.

ESDAILE, S. A., & OLSON J. A. *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphia: F. A. Davis, 2004.

FIESE, B. H., TOMCHO, T. J., DOUGLAS, M., JOSEPHS, K., POLTROCK, S., & BAKER, T. A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16, 2002. p. 381–390.

FILLEY, C. M. *Neurobehavioral anatomy*. Boulder: University Press of Colorado, 2001.

FISHER, A. Overview of performance skills and client factors. In H. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* St. Louis: Mosby/Elsevier, 2006. p. 372–402.

FOUCAULT, M. *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Pantheon Books. 1973.

FUHRER, M. J. (Ed.). *Rehabilitation outcomes analysis and measurement*. Baltimore: Brookes, 1987.

GITLIN, L. N., & CORCORAN, M. A. *Occupational therapy and dementia care: The Home Environmental Skill-Building Program for individuals and families*. Bethesda, MD: AOTA Press, 2005.

GITLIN, L. N., CORCORAN, M. A., WINTER, L., BOYCE, A., & HAUCK, W. W. A randomized controlled trial of a home environmental intervention to enhance self-efficacy and reduce upset in family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, 2001. p.15–30.

GITLIN, L. N., WINTER, L., CORCORAN, M., DENNIS, M., SCHINFELD, S., & HAUCK, W. Effects of the Home Environmental Skill-Building Program on the caregiver–care recipient dyad: Six-month outcomes from the Philadelphia REACH initiative. *The Gerontologist*, 43, 2003. p. 532–546.

GOODMAN-LAVEY, M., & DUNBAR, S. Federal legislative advocacy. In G. McCormack, E. Jaffe, & M. Goodman-Lavey (Eds.), *The occupational therapy manager* (4th ed). Bethesda, MD: AOTA Press, 2003. p. 421–438.

GUPTA, J., & WALLOCH, C. Process of infusing social justice into the practice framework: A case study. *OT Practice*, 11(15), CE1–CE8, 2006.

GUTMAN, S. A., MORTERA, M. H., HINOJOSA, J., & KRAMER, P. Revision of the occupational therapy practice framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2007. p.119–126.

HAKANSSON, C., DAHLIN-IVANOFF, S., & SONN, U. Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13, 2006. p.74–82.

HARROW, A. J. *A taxonomy of the psychomotor domain: A guide for developing behavioral objectives*. New York: McKay, 1972.

HEILMAN, K. M., & ROTH, L. J. G. *Clinical neuropsychology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press, 1993.

HETTLER, W. Wellness—The lifetime goal of a university experience. In J. D. MATARAZZO, S. M. WEISS, J. A. HERD, N. E. MILLER, & S. M. WEISS (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley, 1984. 1117p.

HINOJOSA, J., & KRAMER, P. Fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity, and function [Statement]. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 1997. p. 864–866.

JACKSON, J. Contemporary criticisms of role theory. *Journal of Occupational Science*, 5(2), 1998a. p.49–55.

JACKSON, J. Is there a place for role theory in occupational science? *Journal of Occupational Science* 5(2), 1998b. p.56–65.

JONSSON, H. *Towards a new direction in the conceptualization and categorization of occupation* [Wilma West Lecture, Occupational Science Symposium]. Los Angeles: University of Southern California, Occupational Science and Occupational Therapy, 2007.

KIELHOFNER, G. Motives, patterns, and performance of occupation: Basic concepts. In G. KIELHOFNER (Ed.), *A model of human occupation: Theory and application* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 3rd ed., 2002. p. 13–27.

KRAMER, S., MCGONIGEL, M., & KAUFMANN, R. Developing the IFSP: Outcomes, strategies, activities, and services. In M. MCGONIGEL, R. KAUFMANN, & B. JOHNSON (Eds.), *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan*. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health, 2nd ed., 1991. p. 41–49.

KRONENBERG, F., ALGADO, S. S., & POLLARD, N. *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005.

LARSON, E., & ZEMKE, R. Shaping the temporal patterns of our lives: The social coordination of occupation. *Journal of Occupational Science*, 10, 2004. p.80–89.

LAW, M., BAUM, M. C., & DUNN, W. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (2nd). Thorofare, NJ: Slack, 2005.

LAW, M., COOPER, B., STRONG, S., STEWART, D., RIGBY, P., & LETTS, L. Person–environment–occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 1996. p.9–23.

LAW, M., POLATAJKO, H., BAPTISTE, W., & TOWNSEND, E. Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists, 1997. p. 29-56.

LIEPMANN, H. Apraxie. *Ergebnisse der Gesamten Medizin*, 1, 1920. p.516–543.

LOPEZ, S. J., SNYDER, C. R., MAGYAR-MOE, J., EDWARDS, L. M., PEDROTTI, J. T., JANOWSKI, K., et al. Strategies for accentuating hope. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.2004. p. 388–404.

MACIEJEWSKI, M., KAWIECKI, J., & ROCKWOOD, T. Satisfaction. In R. L. Kane (Ed.), *Understanding health care outcomes research* Gaithersburg, MD: Aspen, 1997. p. 67–89.

MEYER, A. The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1922. p.1–10.

MOREIRA-ALMEIDA, A., & KOENIG, H. G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62:6, 2005, pp. 1486–1497). *Social Science and Medicine*, 63, 2006. p. 843–845.

MOSEY, A. C. *Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation* (2nd). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association, 1996.

MOYERS, P. A. The guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 1999. p.247–322.

MOYERS, P. A., & DALE, L. M. *The guide to occupational therapy practice* 2nd ed.. Bethesda, MD: AOTA Press, 2007.

NEISTADT, M. E., & CREPEAU, E. B. (Eds.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998.

NELSON, D., & JEPSON-THOMAS, J. Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. In P. KRAMER, J. HINOJOSA, & C. BRASIC ROYEEN (Eds.), *Perspectives in human occupation: Participation in life* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. p. 87–155.

NURIT, W., & MICHEL, A. B. Rest: A qualitative exploration of the phenomenon. *Occupational Therapy International*, 10, 2003. p.227–238.

OLSEN, J. A. Mothering co-occupations in caring for infants and young children. In S. A. ESDAILE & J. A. OLSON (Eds.), *Mothering occupations* Philadelphia: F. A. Davis. 2004. p. 28–51.

PARHAM, L. D., & FAZIO, L. S. (Eds.). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis, MO: Mosby, 1997.

PEDRETTI, L. W., & EARLY, M. B. (2001). Occupational performance and model of practice for physical dysfunction. In L. W. Pedretti & M. B. Early (Eds.), *Occupational therapy practice skills for physical dysfunction* St. Louis, MO: Mosby, 2001. p. 7–9.

PIERCE, D. Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 2001. p. 138–146.

PUNWAR, A. J., & PELOQUIN, S. M. *Occupational therapy principles and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

RADOMSKI, M. V. There is more to life than putting on your pants. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1995. p. 487–490.

REED, K. L. An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In C. H. CHRISTIANSEN, M. C. BAUM, & J. BASS-HAUGEN (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed.). Thorofare, NJ: Slack, 2005. p. 567–626.

REQUEST FOR PLANNING IDEAS FOR THE DEVELOPMENT OF THE CHILDREN'S HEALTH OUTCOMES INITIATIVE, 66 Fed. Reg. 11296. 2001.

ROGERS, J. C., & HOLM, M. B.. Assessment of self-care. In B. R. BONDER & M. B. WAGNER (Eds.), *Functional performance in older adults*. Philadelphia: F. A. Davis, 1994. p. 181–202.

ROGERS, J. C., & HOLM, M. B. The occupational therapy process: Evaluation and intervention. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 11th ed Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 478–518.

SCHELL, B. A. B., COHN, E. S., & CREPEAU, E. B. Overview of personal factors affecting performance. In E. B. CREPEAU, E. S. COHN, & B. A. B. SCHELL (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 11th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 650–657.

SCHULTZ, S., & SCHKADE, J. Adaptation. In C. CHRISTIANSEN & M. C. BAUM (Eds.), *Occupational therapy: Enabling function and well-being*. Thorofare, NJ: Slack, 1997. p.474.

SEGAL, R.. Family routines and rituals: A context for occupational therapy interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 2004. p. 499–508.

SHUMWAY-COOK, A., & WOLLACOTT, M. H. *Motor control: Translating research into clinical practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

SLAGLE, E. C. A year's development of occupational therapy in New York state hospitals. *Modern Hospital*, 22(1), 1924. p.98–104.

SLEEP. *The free dictionary*. Retrieved June 1, 2007, from <http://freedictionary.org>

TABER'S CYCLOPEDIA MEDICAL DICTIONARY. Philadelphia: F. A. Davis, 1997.

TOWNSEND, E. A., & WILCOCK, A. A. Occupational justice. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation: The art and science of living* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2004. p. 243–273.

TRENTHAM, B., & COCKBURN, L. Participating in action research: Creating new knowledge and opportunities for occupational engagement. In F. KRONENBERG, S. S. ALGADO, & N. POLLARD (Eds.), *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005. p. 440–453.

TROMBLY, C. Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanism. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1995. p.960–972.

UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION. *Guide for the uniform data set for medical rehabilitation (including the FIM instrument)*. Buffalo, NY: Author, 1996.

WEBER, M. *Economy and society: An outline of interpretive sociology* (G. ROTH & C. WITTICH, EDS.; E. FISCHOFF et al., Trans.). Berkeley: University of California Press, 1978.

WEBSTER'S ENCYCLOPEDIA UNABRIDGED DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE. Avenel, NJ: Gramercy Books, 1994.

WILCOCK, A. A. *An occupational perspective of health* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack, 2006.

WILCOCK, A. A., & TOWNSEND, E. A. Occupational justice. In E. B. CREPEAU, E. S. COHN, & B. B. SCHELL (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 11th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 192–199.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa. Retrieved February 4, 2008, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>. 1986, November 21.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International classification of functioning, disability, and health (ICF)*. Geneva: Author, 2001.

ZEMKE, R. Time, space, and the kaleidoscopes of occupation [Eleanor Clarke Slagle Lecture]. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 2004. p.608–620.

ZEMKE R., & CLARK, F. *Occupational science: An evolving discipline*. Philadelphia: F. A. Davis, 1996.

ZHAN, L. Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1992. p.795–800.

BIBLIOGRAFIA

ACCREDITATION COUNCIL FOR OCCUPATIONAL THERAPY EDUCATION. Accreditation standards for a doctoral-degree-level educational program for the occupational therapist. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2007a. p.641–651.

ACCREDITATION COUNCIL FOR OCCUPATIONAL THERAPY EDUCATION. Accreditation standards for an educational program for the occupational therapy assistant. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2007b. p.662–671.

ACCREDITATION COUNCIL FOR OCCUPATIONAL THERAPY EDUCATION. Accreditation standards for a master's-degree-level educational program for the occupational therapist. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 2007c. p.652–661.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupation: A position paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1995. p.1015–1018.

BAUM, M. C. *At the core of our profession: Occupation-based practice* [Overhead presentation]. Presented at the AOTA Practice Conference, Reno, Nevada, 1999, November.

BLANCHE, E. I. *Play and process: The experience of play in the life of the adult*. Ann Arbor: University of Michigan, 1999.

BLOUNT, M. L., BLOUNT, W., & HINOJOSA, J. Perspectives. In J. HINOJOSA & M. L. BLOUNT (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy*. 2nd ed. Bethesda, MD: AOTA Press, 2004. p. 17–38.

BORG, B., & BRUCE, M. Assessing psychological performance factors. In C. H. CHRISTIANSEN & C. M. BAUM (Eds.), *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits*. Thorofare, NJ: Slack, 1991. p. 538–586.

BORST, M. J., & NELSON, D. L. Use of uniform terminology by occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 1993. p.611–618.

BUCKLEY, K. A., & POOLE, S. E. Activity analysis. In J. HINOJOSA & M. L. BLOUNT (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy*. 2nd ed. Bethesda, MD: AOTA Press, 2004. p. 69–114.

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE, 1997.

CHRISTIANSEN, C. H. Acknowledging a spiritual dimension in occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 1997. p. 169–172.

CHRISTIANSEN, C. H., & MATUSKA, K. M. The importance of everyday activities. In C. H. CHRISTIANSEN & K. M. MATUSKA (Eds.), *Ways of living: Adaptive strategies for special needs*. 3rd ed. Bethesda, MD: AOTA Press, 2004. p. 1–20.

CLARK, F. A., PARHAM, D., CARLSON, M. C., FRANK, G., JACKSON, J., PIERCE, D., et al. Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 1991. p. 300–310.

CLARK, F. A., WOOD, W., & LARSON, E. Occupational science: Occupational therapy's legacy for the 21st century. In M. E. NEISTADT & E. B. CREPEAU (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998. p. 13–21.

CULLER, K. H. Occupational therapy performance areas: Home and family management. In H. L. HOPKINS & H. D. SMITH (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1993. p. 207–269.

DUNN, W., BROWN, C., & MCGUIGAN, A. The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1994. p.595–607.

GARDNER, H. *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books, 1999.

HILL, J. Occupational therapy performance areas. In H. L. HOPKINS & H. D. SMITH (Eds.). *Willard and Spackman's occupational therapy*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, 1993. p. 191–268.

HINOJOSA, J., & BLOUNT, M. L. Purposeful activities within the context of occupational therapy. In J. HINOJOSA & M. L. BLOUNT (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy*. 2nd ed. Bethesda, MD: AOTA Press, 2004. p. 1–16.

HOLM, M. B., ROGERS, J. C., & STONE, R. G. Treatment of performance contexts. In M. E. NEISTADT & E. B. CREPEAU (Eds.), *Willard and Spackman's*

occupational therapy. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998. p. 471–517.

HORSBURGH, M. Towards an inclusive spirituality: Wholeness, interdependence, and waiting. *Disability and Rehabilitation*, 19, 1997. p. 398–406.

INTAGLIATA, S. Rehabilitation centers. In H. L. HOPKINS & H. D. SMITH (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, 1993. p.784-789.

KANE, R. L. Approaching the outcomes question. In R. L. KANE (Ed.), *Understanding health care outcomes research*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1997. p. 1-15.

KIELHOFNER, G. *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F. A. Davis, 1992.

KIELHOFNER, G. Habituation: Patterns of daily occupation. In G. KIELHOFNER (Ed.), *Model of human occupation: Theory and application*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 63–80.

LAW, M. The environment: A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58, 1991. p. 171–179.

LAW, M. Evaluating activities of daily living: Directions for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 1993. p.233–237.

LAW, M. Assessment in client-centered occupational therapy. In M. LAW (Ed.), *Client-centered occupational therapy* Thorofare, NJ: Slack, 1998. p. 89–106.

LIFSON, L. E., & SIMON, R. I. (EDS.). *The mental health practitioner and the law: A comprehensive handbook*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998.

LLORENS, L. Activity analysis: Agreement between participants and observers on perceived factors and occupation components. *Occupational Therapy Journal of Research*, 13, 1993. p. 198–211.

LUDWIG, F. M. Anne Cronin Mosey. In R. J. MILLER & K. F. WALKER (Eds.), *Perspectives on theory for the practice of occupational therapy*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1993. p. 41–63.

MOSEY, A. C. Legitimate tools of occupational therapy. In A. MOSEY (Ed.), *Occupational therapy: Configuration of a profession*. New York: Raven, 1981. p. 89–118.

MOSEY, A. C. *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven, 1986.

NELSON, D. L. Occupation: Form and performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42, 198. p.633–641.

PIERCE, D. Putting occupation to work in occupational therapy curricula. *Education Special Interest Section Quarterly*, 9(3), September, 1999. p.1–4.

POLLOCK, N., & MCCOLL, M. A. Assessments in client-centered occupational therapy. In M. LAW (Ed.), *Client-centered occupational therapy* Thorofare, NJ: Slack, 1998. p. 89–105.

REED, K., & SANDERSON, S. *Concepts of occupational therapy* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

SCHELL, B. B. Clinical reasoning: The basis of practice. In M. E. NEISTADT & E. B. CREPEAU (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998. p. 90–100.

SCHERER, M. J., & CUSHMAN, L. A. A functional approach to psychological and psychosocial factors and their assessment in rehabilitation. In: S. S. DITTMAR &

G. E. GRESHAM (Eds.), *Functional assessment and outcomes measurement for the rehabilitation health professional*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1997. p. 57–67.

URBANOWSKI, R., & VARGO, J. Spirituality, daily practice, and the occupational performance model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, 1994. p.88–94.

WATSON, D. E., & WILSON, S. A. *Task analysis: An individual and population approach* (2nd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press, 2003.

YERXA, E. J. Occupational therapy's role in creating a future climate of caring. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, 1980. p. 529–534.

Autores

COMISSÃO DA PRÁTICA:

Susanne Smith Roley, MS, OTR/L, FAOTA, *Chairperson, 2005–2008*

Janet V. DeLany, DEd, OTR/L, FAOTA, *Chairperson-Elect, 2007–2008*

Cynthia J. Barrows, MS, OTR/L Susan Brownrigg, OTR/L DeLana Honaker, PhD, OTR/L, BCP Deanna Iris Sava, MS, OTR/L Vibeke Talley, OTR/L

Kristi Voelkerding, BS, COTA/L, ATP Deborah Ann Amini, MEd, OTR/L, CHT, *SIS Liaison*

Emily Smith, MOT, *ASD Liaison*

Pamela Toto, MS, OTR/L, BCG, FAOTA, *Immediate-Past SIS Liaison*

Sarah King, MOT, OTR, *Immediate-Past ASD Liaison*

Deborah Lieberman, MHSA, OTR/L, FAOTA, *AOTA Headquarters Liaison*

Com contribuição de

M. Carolyn Baum, PhD, OTR/L, FAOTA

Ellen S. Cohn, ScD, OTR/L, FAOTA

Penelope A. Moyers Cleveland, EdD, OTR/L, BCMH, FAOTA

Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA

for

THE COMMISSION ON PRACTICE

Susanne Smith Roley MS, OTR/L, FAOTA, *Chairperson*

Adotado pela Assembléia Representativa 2008C5.

Este documento substitui o do ano de 2002, intitulado: “*Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*”.

Copyright © 2008, by the American Occupational Therapy Association. To be published in the *American Journal of Occupational Therapy*, 62 (November/December).

AGRADECIMENTOS DOS TRADUTORES:

No processo de tradução do documento para a língua portuguesa:

À AOTA pela concessão dos direitos de tradução e publicação deste documento aos tradutores e revisores: Daniel Gustavo de Sousa Carleto (UFTM), Alessandra Cavalcanti A. e Souza (UFTM), Marcelo Silva (ICBEU), Daniel Marinho Cezar da Cruz (UFSCar) e Valéria Sousa de Andrade (UFTM).

À Denise Figueiredo, OTR/L brain Gym Instructor/Consultant CranioSacral Therapy Provider Occupational Therapist, pela mediação com a AOTA (Associação Americana de Terapia Ocupacional).

À Luiz Sérgio Pioli Mota, Programador de computadores da FUNEPU, Uberaba – MG, pela editoração das imagens referentes as Figuras 1,2 e 3.