

Associação Americana de Terapia Ocupacional

Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo

3ª ed.

Tradução do original publicado pela American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl.1), S1–S48.<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>. Traduzido para o português por Alessandra Cavalcanti (UFTM), Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra (UFTM) e Valéria Meirelles Carril Elui (FMRP-USP); autorizada para publicação em português, acesso aberto na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2015;26(ed. especial).

Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo - 3ed

Comissão sobre as práticas:

Deborah Ann Amini, EDD, OTR / L, CHT, FAOTA - Presidente, 2011-2014

Kathy Kannenberg, MA, OTR / L, CCM - Presidente-Eleito, 2013-2014

Stefanie Bodison, OTD, OTR / L

Pei-Fen Chang, PhD, OTR / L

Donna Colaianne, PhD, OTR / L, CHT

Beth Goodrich, OTR, ATP, PhD

Lisa Mahaffey, MS, OTR / L, FAOTA

Mashelle Painter, med, COTA / L

Michael Urban, MS, OTR / L, CEAS, MBA, CWCE

Dottie Handley-More, MS, OTR / L - SIS Liaison

Kiel Cooluris, MOT, OTR / L - ASD Liaison

Andrea McElroy, MS, OTR / L - Último ASD Liaison

Deborah Lieberman, MHSA, OTR / L, FAOTA - Sede AOTA Liaison

Para

A Comissão sobre as práticas

Deborah Ann Amini, EDD, OTR / L, CHT, FAOTA - Presidente

Adotada pela Assembléia Representante em dezembro de 2013 COII.

Este documento substitui a ***Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (2ª Ed)***.

Tradução: Alessandra Cavalcanti (UFTM), Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra (UFTM), Valéria Meirelles Carril Elui (FMRP-USP).

SUMÁRIO

PREFÁCIO	1
Definições	1
Evolução deste documento	1
Visão para este trabalho	2
Introdução	3
Domínio	4
Ocupações	4
Fatores do Cliente	7
Habilidades de Desempenho	7
Padrões de Desempenho	8
Contexto e Ambiente	9
Processo	10
Visão Geral do Processo de Terapia Ocupacional	10
Modelos de Prestação de Serviço	12
Processo de Intervenção	15
Resultados Alvos	17
Conclusão	19
Tabelas e Figuras	
Tabela 1. Ocupação	19
Tabela 2. Fatores do Cliente	23
Tabela 3. Habilidades de Desempenho	25
Tabela 4. Padrões de Desempenho	27
Tabela 5. Contexto e Ambiente	29
Tabela 6. Tipos de Intervenções de Terapia Ocupacional	30
Tabela 7. Demandas da Atividade e da Ocupação	31
Tabela 8. Abordagens para Intervenção	32
Tabela 9. Resultados	33
Quadro 1. Aspectos do Domínio da Terapia Ocupacional	4
Quadro 2. Processo de Terapia Ocupacional na Prestação de Serviços	14
Quadro 3. Operacionalização do Processo de Terapia Ocupacional	18
Figura 1. Domínio da Terapia Ocupacional	5
Figura 2. Processo da Terapia Ocupacional	14
Figura 3. Domínio e Processo da Terapia Ocupacional	19
Referências	36
Autores	
Agradecimentos	36
Apêndice A	
Glossário	41
Apêndice B	
Preparação e Qualificação dos Terapeutas Ocupacionais e Assistentes de Terapia Ocupacional	48

Prefácio

A *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*, 3ª Edição (aqui sendo referida como “a Estrutura”), é o documento oficial da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Destinado aos profissionais da terapia ocupacional e a estudantes, outros profissionais da saúde, educadores, pesquisadores, compradores e a consumidores, a *Estrutura* apresenta um resumo dos construtos inter-relacionados que descrevem a prática da terapia ocupacional.

Definições

Dentro da *Estrutura*, a *terapia ocupacional* é definida como o uso terapêutico de atividades diárias (ocupações) em indivíduos ou grupos com o propósito de melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em diversos ambientes como casa, escola, local de trabalho, comunidade e outros lugares. Profissionais da terapia ocupacional usam seu conhecimento sobre a relação transacional entre a pessoa, seu envolvimento em ocupações importantes, e o contexto em que se insere para delinear planos de intervenção - baseados na ocupação - que facilitam a mudança ou crescimento nos fatores do cliente (funções do corpo, estruturas do corpo, valores, crenças e espiritualidade); e habilidades (motora, processual e de interação social) todos necessários para uma participação bem sucedida. Profissionais de terapia ocupacional preocupam-se com o resultado final da participação e, assim, buscam possibilitar o envolvimento através de adaptações e modificações no ambiente ou em objetos que compõem o ambiente, quando necessário. Os serviços de terapia ocupacional visam à habilitação, reabilitação e promoção da saúde e do bem estar em clientes com necessidades relacionadas ou não a incapacidade. Tais serviços incluem a aquisição e preservação da identidade ocupacional para aqueles que têm ou não o risco de desenvolver uma enfermidade, lesão, doença, desordem, problema, deficiência, incapacidade, limitação de atividade ou restrição na participação (adaptado de AOTA, 2011; ver Apêndice A para definições adicionais no glossário).

Quando o termo *profissional de terapia ocupacional* é usado neste documento, ele se refere tanto a terapeutas ocupacionais quanto a assistentes^(*) de terapia ocupacional (AOTA, 2006). Os terapeutas ocupacionais são os responsáveis por todos os aspectos da prestação de serviços de terapia ocupacional: responsabilizam-se pela segurança e eficácia do processo de prestação de serviços de terapia ocupacional. Já os assistentes de terapia ocupacional prestam seus serviços sob a supervisão e em parceria com um terapeuta ocupacional (AOTA, 2009). Informações adicionais sobre a preparação e a qualificação dos terapeutas ocupacionais e assistentes de terapia ocupacional estão disponíveis no Apêndice B.

Evolução Deste Documento

A *Estrutura* foi originalmente desenvolvida para articular a perspectiva distinta e a contribuição da terapia ocupacional para a promoção da saúde e participação de pessoas, grupos e populações através do envolvimento na ocupação. A primeira edição da *Estrutura* surgiu a partir de uma análise de documentos relacionados aos *Produtos de Terapia Ocupacional produzidos pelo Sistema de Relatórios e Terminologia Uniforme para Relatórios de Serviços de Terapia Ocupacional* (AOTA, 1979). Originalmente um documento que responde a uma exigência do governo federal para o desenvolvimento de um sistema de notificação uniforme, o texto gradualmente tornou-se importante para a descrição e esboço dos domínios de interesse da terapia ocupacional.

A segunda edição da *Terminologia Uniforme da Terapia Ocupacional* (AOTA, 1989) foi adotada pela Assembléia de Representantes da AOTA (RA) e publicada em 1989. O documento tinha como foco o esboço e a definição apenas das áreas e dos componentes de desempenho ocupacional abordados nos serviços diretos da terapia ocupacional. A terceira e última

* Nota tradutores: O assistente de terapia ocupacional é um profissional regulamento pela legislação americana o que não se aplica a regulamentação da terapia ocupacional no Brasil.

revisão da Terminologia Uniforme para Terapia Ocupacional (AOTA, 1994) foi adotada pela RA em 1994 e “expandida para refletir a prática atual e incorporar aspectos contextuais do desempenho” (p.1047). Cada revisão refletiu as mudanças na prática e forneceu uma terminologia consistente para uso da profissão.

No outono de 1998, a Comissão de Práticas da AOTA (COP) embarcou na jornada que iria culminar na *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo* (AOTA, 2002b). Naquela época, a AOTA também publicou o *Guia sobre a Prática da Terapia Ocupacional* (Moyers, 1999), que dispõe sobre a prática contemporânea da profissão. Com base nesse documento e nos comentários recebidos durante o processo de revisão para a terceira edição da *Terminologia Uniforme da Terapia Ocupacional*, a COP iniciou o desenvolvimento de um documento para uma terapia ocupacional mais articulada.

A *Estrutura* é um documento em constante evolução. Enquanto um documento oficial da AOTA, este é revisado a cada 5 anos para atualização e possíveis necessidades de aperfeiçoamentos ou alterações. Durante o período de revisão, a COP coleta a opinião de membros, pesquisadores e acadêmicos, autores, profissionais e outras partes interessadas. O processo de revisão garante que a *Estrutura* mantenha a sua integridade ao responder a influências internas e externas que devem refletir os conceitos e os avanços emergentes na terapia ocupacional.

A *Estrutura* foi revista e aprovada pela RA em 2008. Mudanças no documento incluíram aperfeiçoamento da escrita e o acréscimo de conceitos emergentes e mudanças na terapia ocupacional. A justificativa para essas mudanças específicas encontra-se na Tabela 11 da segunda edição da *Estrutura* (AOTA, 2008, pp. 665-667).

Em 2012, o processo de análise e revisão da *Estrutura* foi iniciado novamente. Após revisão e apreciação dos membros, várias modificações foram feitas para melhorar a fluência, a usabilidade e o paralelismo de conceitos presentes no documento. As principais revisões foram feitas e aprovadas pela RA durante reunião no outono de 2013:

- A declaração geral que descreve o domínio da terapia ocupacional define seu propósito como “alcançar saúde, bem-estar e participação em situações de vida através do envolvimento em ocupações” incluindo tanto o domínio quanto o processo.
- *Clientes* são agora definidos como pessoas, grupos e populações.
- A relação entre terapia ocupacional e organizações deve ainda ser melhor definida.
- *Demandas da Atividade* foram removidas do domínio e situadas na visão geral do processo para subsidiar a discussão das habilidades básicas do profissional de terapia ocupacional na análise da atividade.
- *Áreas de ocupação* agora são chamadas de *ocupações*.
- *Habilidades de desempenho* foram redefinidas e a Tabela 3 foi revista em conformidade.
- As seguintes alterações foram feitas na tabela de intervenções (Tabela 6):
 - *Consulta* foi removida e incluída em todo o documento como um método de prestação de serviços.
 - *Métodos de intervenção* adicionais utilizados na prática foram acrescentados, e uma distinção mais clara foi feita entre as intervenções através de *ocupações, atividades, métodos preparatórios e tarefas*.
 - *Auto-advocacia (self-advocacy)* e *grupo de intervenções* foram adicionados.
 - *Uso terapêutico de si mesmo* foi situado na visão geral do processo para assegurar o entendimento de que usar a si como um agente terapêutico é essencial para a prática da terapia ocupacional e é usado em todas as interações com todos os clientes.
- Várias alterações adicionais, ainda que menores, foram feitas, incluindo a criação de prefácio, a reorganização para o fluxo do conteúdo, além de modificações em diversas definições. Tais mudanças refletem as opiniões recebidas de membros da AOTA, de educadores e outros interessados.

Visão Para Este Trabalho

Embora esta revisão da *Estrutura* represente os mais recentes esforços da profissão no sentido de articular claramente o domínio e o processo da terapia ocupacional, ela se baseia em um conjunto de valores assumidos pela profissão desde sua fundação em 1917. Tal visão fundadora tinha como base uma crença profunda no valor de profissões terapêuticas como forma de remediar a doença e manter a saúde (Slagle, 1924). Os fundadores enfatizavam a importância de se estabelecer uma relação terapêutica com cada cliente e a concepção de um plano de tratamento com base em variáveis como o ambiente do cliente, os valores, as metas e os desejos (Meyer, 1922). Defendiam a prática científica baseada na observação sistemática e no tratamento (Dunton, 1934). Parafraseando com o léxico atual, os fundadores propuseram uma visão baseada na ocupação, centrada no cliente, no contexto e baseada em evidência – a visão articulada com a *Estrutura*.

INTRODUÇÃO

O propósito da *Estrutura* é fornecer uma composição ou base sobre a qual se constrói um sistema ou um conceito (*American Heritage Dictionary of the English Language*, 2003). A *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo* descreve os conceitos centrais que fundamentam a prática da terapia ocupacional e constrói uma compreensão comum dos princípios básicos e a visão da profissão. A *Estrutura* não serve como uma taxonomia, teoria ou modelo de terapia ocupacional.

Pelo desenho, a *Estrutura* deve ser utilizada para orientar a prática da terapia ocupacional em conjunto com o conhecimento e as evidências relevantes para ocupação e para a terapia ocupacional dentro das áreas de prática e com os clientes apropriados. Incorporado a este documento está a crença central da profissão na relação positiva entre ocupação e saúde e na visão das pessoas como seres ocupacionais. A prática da terapia ocupacional enfatiza a natureza do trabalho dos seres humanos e a importância da identidade ocupacional (Unruh, 2004) para uma vida saudável, produtiva e satisfatória. Como Hooper e Wood (2014) afirmaram,

Um pressuposto filosófico central da profissão, portanto, é que em virtude de nosso talento biológico, pessoas de todas as idades e habilidades necessitam de ocupação para crescer e prosperar; na busca pela ocupação, os humanos expressam a totalidade do seu ser, uma união mente-corpo-espírito. Porque a existência humana não poderia ser de outra forma, a humanidade é, em essência, ocupacional pela natureza (p 38.).

Os clientes de terapia ocupacional são normalmente classificados como pessoas (incluindo aqueles envolvidos no cuidado do cliente), grupos (coletivos de pessoas, por exemplo, famílias, trabalhadores, estudantes, comunidades), e populações (coletivo de grupos de indivíduos que vivem em um local semelhante, por exemplo, cidade, estado, ou país, ou compartilham as mesmas características ou preocupações). Os serviços são fornecidos diretamente aos clientes através de uma abordagem colaborativa ou indiretamente, em nome de clientes por meio de processos de advocacia ou de consulta.

Organização ou prática em nível de sistema é uma parte válida e importante da terapia ocupacional por várias razões. Primeiro, as organizações servem como um mecanismo através do qual os profissionais de terapia ocupacional proporcionam intervenções a fim de apoiar a participação daqueles que são membros ou servem à

organização (por exemplo, programa de prevenção de queda para facilitar as habilidades da enfermagem, mudanças ergonômicas em uma linha de montagem para reduzir lesão por esforço repetitivo). Em segundo lugar, as organizações apoiam a prática da terapia ocupacional e os profissionais de terapia ocupacional como membros articuladores auxiliam na concretização da missão da organização. É da responsabilidade dos profissionais garantir que os serviços fornecidos aos interessados da organização (por exemplo, os pagadores, os terceiros, e os empregadores) sejam de alta qualidade e que sejam prestados de forma eficiente e eficaz. Finalmente, as organizações empregam profissionais de terapia ocupacional em situações em que eles usam seu conhecimento sobre ocupação e terapia ocupacional. Por exemplo, profissionais podem servir em cargos como reitor, administrador e líder empresarial; nestas posições, os profissionais apoiam e melhoram a organização, mas não fornecem cuidados aos clientes no sentido tradicional.

A *Estrutura* é dividida em duas seções principais: (1) o *domínio*, que descreve as competências da profissão e as áreas nas quais seus membros têm um corpo de conhecimentos e competências estabelecidas, e (2) o *processo*, que descreve as atitudes tomadas pelos profissionais durante a prestação de serviços voltados aos clientes e focados no envolvimento com as ocupações. A compreensão do profissional sobre o domínio e o processo da terapia ocupacional serve como guia na busca por suporte para a participação dos clientes nas atividades diárias resultantes da interseção dinâmica entre clientes, seus envolvimento desejados, contexto e ambiente (Christiansen & Baum, 1997; Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2005; Lei, Baum, & Dunn, 2005).

Embora o domínio e o processo estejam descritos separadamente, na realidade eles estão intrinsecamente ligados em uma relação transacional. Os aspectos que constituem o domínio e aqueles que constituem o processo existem em interação constante uns com os outros durante a prestação de serviços de terapia ocupacional. Em outras palavras, é através da atenção simultânea às funções e estruturas do corpo, habilidades, papéis, hábitos, rotinas e contexto, combinada com o foco no cliente como um ser ocupacional, o conhecimento de saúde do profissional e a melhora do desempenho decorrente do envolvimento em ocupações, que resultam em efetivação do desempenho ocupacional, da competência em papéis e da participação na vida diária.

Alcançar a saúde, bem-estar, e participação na vida por meio do envolvimento na ocupação é a afirmação abrangente que descreve o domínio e o processo de terapia ocupacional em seu sentido mais amplo. Esta declaração

reconhece a crença de que o envolvimento ativo na ocupação promove, facilita, apóia e mantém a saúde e a participação. Esses conceitos inter-relacionados incluem:

- *Saúde* - “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006, p. 1).
- *Bem-estar* - “um termo geral que engloba o universo total de domínios da vida humana, incluindo aspectos físicos, mentais e sociais” (OMS, 2006, p. 211).
- *Participação* - “envolvimento em uma situação de vida” (OMS, 2001, p. 10). A participação naturalmente ocorre quando os clientes estão ativamente envolvidos na realização das ocupações ou atividades de vida diária em que encontram propósito e significado. Resultados mais específicos de intervenção da terapia ocupacional são multidimensionais e apoiam o resultado final da participação.
- *Envolvimento em ocupação* - desempenho das ocupações como o resultado da escolha, motivação e sentido dentro de um contexto de apoio e ambiente. Envolvimento inclui aspectos objetivos e subjetivos de experiências dos clientes e envolve a interação transacional da mente, do corpo e do espírito. Intervenções

da terapia ocupacional se concentram em criar ou facilitar oportunidades de se envolver em ocupações que levam à participação em situações de vida desejadas (AOTA, 2008).

Domínio

O Quadro 1 identifica os aspectos do domínio e a Figura 1 ilustra a inter-relação dinâmica entre eles. Todos os aspectos do domínio, incluindo as ocupações, os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho, bem como contexto e ambiente, são de igual valor; juntos eles interagem para influenciar a identidade ocupacional, a saúde, o bem-estar e a participação do cliente na vida.

Os terapeutas ocupacionais são habilitados a avaliar todos os aspectos do domínio, suas inter-relações, e o cliente em seus contextos e ambientes. Além disso, os profissionais de terapia ocupacional reconhecem a importância e o impacto da conexão mente-corpo-espírito para a participação do cliente na vida diária. O conhecimento da relação transacional e o sentido das ocupações significativas e produtivas formam a base para o uso de ocupações como os meios e os fins das intervenções (Trombly, 1995). Este conhecimento define terapia ocupacional de maneira singular, como um serviço distinto e valioso (Hildenbrand & Lamb, 2013) segundo o qual o foco no todo é considerado mais forte do que o foco em aspectos isolados da função humana.

Quadro 1 - Aspectos do domínio da terapia ocupacional. Todos os aspectos do domínio transitam para apoiar o envolvimento, a participação e a saúde. Esta exposição não implica uma hierarquia

<i>Ocupações</i>	<i>Fatores dos Clientes</i>	<i>Habilidades de desempenho</i>	<i>Padrões de desempenho</i>	<i>Contextos e ambientes</i>
Atividades de Vida Diária (AVDs)* Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) Descanso e Sono Educação Trabalho Brincar Lazer Participação Social	Valores, crenças e espiritualidade Funções do corpo Estruturas do corpo	Habilidades Motoras Habilidades de Processo Habilidades de Interação Social	Hábitos Rotinas Rituais Papéis	Cultural Pessoal Físico Social Temporal Virtual

* Também conhecidas como atividades básicas da vida diária (ABVDs) ou atividades pessoais da vida diária (APVDs)

A discussão que se segue fornece uma breve explicação de cada aspecto do domínio. As Tabelas incluídas no final do documento fornecem descrições mais completas e as definições dos termos.

Ocupações

Ocupações são fundamentais para identidade e senso de competência de um cliente (pessoa, grupo ou



população) e tem significado especial e valor para este cliente. Várias definições de ocupação são descritas na literatura e podem acrescentar à compreensão deste conceito central:

- “Atividades dirigidas a objetivos que normalmente se estendem ao longo do tempo, têm significado para o desempenho e envolve múltiplas tarefas” (Christiansen et al., 2005, p. 548).
- “O que as pessoas fazem que ocupam seu tempo e atenção; significativa, atividade com propósito; as atividades pessoais que os indivíduos escolhem ou necessitam se envolver e as maneiras pelas quais cada indivíduo realmente as experimenta” (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2014A, p. 1.237).
- “Quando uma pessoa se envolve em atividades com propósito, não por escolha pessoal e elas são valiosas, estas atividades intencionais aglomeradas formam as ocupações (Hinojosa, Kramer, Royeen, e Luebben, 2003). Assim, as ocupações são únicas para cada indivíduo e proporcionam satisfação e realização pessoal como resultado de sua prática (AOTA, 2002b; Pierce, 2001) “(Hinojosa & Blount, 2009, pp 1-2.).
- “Em terapia ocupacional, ocupações se referem às atividades diárias que as pessoas executam enquanto indivíduos, nas famílias e em comunidades para ocupar o tempo e trazer significado e propósito à vida. Ocupações incluem o que as pessoas precisam, querem e estão esperando fazer “(Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, 2012).
- “Atividades... da vida cotidiana, nomeadas, organizadas e com determinado valor e significado pelos indivíduos e pela cultura. A ocupação é tudo o que as pessoas fazem para se ocupar, inclusive cuidar de si mesmas... desfrutando a vida... e contribuindo para a construção econômica e social de suas comunidades” (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 1997, p. 32).
- “A relação dinâmica entre um modo ocupacional, uma pessoa com uma estrutura de desenvolvimento único, significados subjetivos e propósito, e o desempenho ocupacional resultante” (Nelson & Jepson-Thomas, 2003, p. 90).
- “Ocupação é usada para significar tudo que as pessoas querem, precisam ou devem fazer, seja de natureza física, mental, social, sexual, política ou espiritual, incluindo sono e descanso. Refere-se a todos os aspectos reais do fazer, ser e tornar-se humano e também ao de pertencer.

Meio prático e cotidiano de auto-expressão, de fazer ou experimentar sentido, a ocupação é o elemento ativista da existência humana, sejam as ocupações contemplativas, reflexivas e meditativas ou baseadas em ações” (Wilcock & Townsend, 2014, p. 542).

O termo *ocupação*, conforme utilizado na *Estrutura* refere-se às atividades de vida diária nas quais as pessoas se envolvem. Ocupações ocorrem em contexto e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e padrões de desempenho. Ocupações ocorrem ao longo do tempo; têm um propósito, significado e utilidade percebida pelo cliente; e podem ser observadas por outras pessoas (por exemplo, preparar uma refeição) ou ser percebida apenas por pessoa em questão (por exemplo, a aprendizagem através da leitura de um livro). Ocupações podem envolver a execução de múltiplas atividades para sua conclusão e podem resultar em vários efeitos. A *Estrutura* identifica uma ampla gama de ocupações classificadas como atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social (Tabela 1).

Quando os profissionais de terapia ocupacional trabalham com os clientes, eles identificam os vários tipos de ocupações com as quais os clientes se envolvem quando sozinhos ou com outros. As diferenças entre as pessoas e as ocupações com as quais se envolvem são complexas e multidimensionais. A perspectiva do cliente sobre uma ocupação é categorizada variando de acordo com as necessidades e interesses desse cliente, bem como seu contexto. Por exemplo, uma pessoa pode perceber lavar roupa como um trabalho, enquanto outra pode considerá-la uma AIVD. Um grupo pode se envolver em um jogo de perguntas e perceber sua participação como um brincar, mas outro grupo pode se envolver no mesmo jogo de perguntas e identificá-lo como educação.

As maneiras pelas quais os clientes priorizam o envolvimento em ocupações selecionadas podem variar em diferentes momentos. Por exemplo, os clientes de uma comunidade de reabilitação psiquiátrica podem priorizar o voto durante o período de eleições e a preparação de refeição durante datas festivas. As características únicas de ocupações são tomadas em notas e analisadas por profissionais de terapia ocupacional, que consideram todos os componentes do envolvimento e os utilizam de forma eficaz como uma ferramenta terapêutica e uma maneira de alcançar os resultados alvo da intervenção.

À medida em que uma pessoa se envolve em uma

ocupação particular também é importante. As ocupações podem contribuir para um estilo de vida bem equilibrado e totalmente funcional assim como para um estilo de vida que está em desequilíbrio e caracterizado por disfunção ocupacional. Por exemplo, o excesso de trabalho sem levar em conta os outros aspectos da vida, como o sono ou relacionamentos, expõe os clientes ao risco de problemas de saúde (Hakansson, Dahlin-Ivanoff, & Sonn, 2006).

Às vezes, os profissionais de terapia ocupacional usam os termos ocupação e atividade indistintamente para descrever a participação em atividades de vida diária. Alguns estudiosos têm proposto que os dois termos são diferentes (Christiansen & Townsend, 2010; Pierce, 2001; Reed, 2005). Na *Estrutura*, o termo ocupação denota envolvimento na vida construído por múltiplas atividades. Tanto ocupações quanto atividades são usadas como intervenções pelos profissionais. A participação em ocupações é considerada o resultado final das intervenções e os profissionais utilizam ocupações durante o processo de intervenção como o meio para o fim.

Ocupações frequentemente são compartilhadas e realizadas com outros indivíduos. Aquelas que, implicitamente, envolvem duas ou mais pessoas podem ser chamadas de co-ocupações (Zemke & Clark, 1996). O cuidar é uma co-ocupação que envolve a participação ativa por parte tanto do cuidador quanto de quem recebe os cuidados. Por exemplo, co-ocupações necessárias no cuidado da família, tais como as rotinas socialmente interativas de comer, alimentar e dar conforto pode envolver os pais, um parceiro, a criança, e outras pessoas significativas (Olson, 2004); as atividades inerentes a essa interação social são co-ocupações recíprocas, interativas e conjuntas (Dunlea, 1996; Esdaile & Olson, 2004). As considerações sobre co-ocupações apóiam uma visão integrada de envolvimento do cliente no seu contexto em relação a outros relacionamentos significativos.

A participação ocupacional ocorre individualmente ou com outros. É importante reconhecer que os clientes podem ser independentes na vida, a despeito da quantidade de ajuda que recebem enquanto completam atividades. Os clientes podem ser considerados independentes quando desempenham ou dirigem ações necessárias à participação, independentemente da quantidade ou do tipo de assistência necessária, caso estejam satisfeitos com o seu desempenho.

Em contraste, com as definições de independência que implicam um nível de interação física com o ambiente ou com objetos no ambiente, os profissionais de terapia ocupacional consideram os clientes independentes seja por desempenharem os componentes das atividades por si mesmo, seja por desempenharem a ocupação em

um ambiente adaptado ou modificado, usando vários dispositivos ou estratégias alternativas ou ainda quando supervisionarem a conclusão da atividade por outros (AOTA, 2002a). Por exemplo, pessoas com lesão medular que dirigem um assistente de cuidados pessoais para ajudá-los com suas AVDs estão demonstrando independência neste aspecto essencial de suas vidas.

Profissionais de terapia ocupacional reconhecem que a saúde é apoiada e mantida quando os clientes são capazes de envolver-se em casa, na escola, no local de trabalho e na vida comunitária. Assim, os profissionais estão preocupados não só com as ocupações, mas também com a variedade de fatores que fortalecem e tornam possível o envolvimento e a participação dos clientes em ocupações positivas que promovam saúde (Wilcock & Townsend, 2014).

Fatores do cliente

Fatores do cliente são capacidades específicas, características ou crenças que consistem na pessoa e que influenciam o desempenho em ocupações (Tabela 2). Fatores do cliente são afetados pela presença ou ausência de enfermidade, doença, privação, incapacidade e experiências de vida. Embora os fatores do cliente não devam ser confundidos com habilidades de desempenho tais fatores podem afetar habilidades de desempenho. Assim, fatores do cliente podem precisar estar presentes no todo ou em parte, para que uma pessoa complete uma ação (habilidade) utilizada na execução de uma ocupação. Além disso, os fatores do cliente são influenciados pelas habilidades de desempenho, pelos padrões de desempenho, contextos e ambientes, e também pelo desempenho e pela participação em atividades e ocupações. É através dessa relação cíclica que os métodos de preparação, atividades e ocupações podem ser usados para influenciar fatores do cliente e vice-versa.

Valores, crenças e espiritualidade influenciam a motivação de uma pessoa para se envolver em ocupações e dar o sentido à sua vida. *Valores* são princípios, normas ou qualidades consideradas importantes pelo cliente que os detém. *Crenças* são conteúdos cognitivos tidos como verdadeiros (Moyers & Dale, 2007). A *espiritualidade* é “o aspecto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos buscam e expressão significado e propósito e a forma como eles experimentam sua conexão com o momento, consigo mesmo, com outros, com a natureza, e com o que é significativo ou sagrado” (Puchalski et al., 2009, p. 887).

Funções do corpo e estruturas do corpo se referem à “função fisiológica dos sistemas orgânicos

(incluindo as funções psicológicas) e as partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes”, respectivamente (WHO, 2001, p. 10). Exemplos de funções corporais incluem função sensorial, músculo-esquelética, mental (afetiva, cognitiva, perceptiva), cardiovascular, respiratória e funções endócrinas. Exemplos de estruturas do corpo incluem o coração e os vasos sanguíneos que mantêm a função cardiovascular (para exemplos adicionais, consulte a Tabela 2). Estruturas e funções do corpo estão inter-relacionadas, e os profissionais de terapia ocupacional devem considerá-las ao buscar promover a capacidade dos clientes de se envolver em ocupações desejadas.

Além disso, os profissionais de terapia ocupacional entendem que, apesar da sua importância, a presença, a ausência ou a limitação das funções do corpo e estruturas do corpo, não necessariamente garantem o sucesso de um cliente ou a dificuldade com as ocupações da vida diária. O desempenho ocupacional e vários tipos de fatores do cliente podem ser beneficiados pelos suportes no ambiente físico ou social que melhoram ou permitem a participação. É através do processo de observação dos clientes envolvidos em ocupações e em atividades que os profissionais de terapia ocupacional são capazes de determinar a transação entre os fatores do cliente e o desempenho e, em seguida, criar adaptações e modificações e, selecionar as atividades que melhor promovam um aperfeiçoamento da participação.

Fatores do cliente também podem ser entendidos como pertencente a indivíduos no nível de grupo e de população. Embora tais fatores possam ser descritos de forma diferente quando aplicado a um grupo ou população, os princípios subjacentes não mudam substancialmente.

Habilidades de Desempenho

Várias abordagens têm sido usadas para descrever e classificar as habilidades de desempenho. A literatura de terapia ocupacional a partir de pesquisa e prática oferece múltiplas perspectivas sobre a complexidade e tipos de habilidades utilizadas durante o desempenho.

Habilidades de desempenho são ações dirigidas a objetivos observáveis como pequenas unidades de envolvimento em ocupações da vida diária. Elas são aprendidas e desenvolvidas ao longo do tempo e estão situadas em contextos e ambientes específicos (Fisher & Griswold, 2014). Fisher e Griswold (2014) categorizaram as habilidades de desempenho como habilidades motoras, habilidades de processos e habilidades de interação social (Tabela 3). Várias estruturas do corpo, assim como os contextos pessoais e ambientais, convergem e emergem como habilidades de desempenho ocupacionais. Além

disso, as funções do corpo, como a mental, sensorial, neuromuscular e as funções relacionadas com o movimento são identificadas como as capacidades que residem dentro da pessoa e também convergem para as estruturas e contextos ambientais para emergir como habilidades de desempenho. Esta descrição é consistente com a da WHO (2001), *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

Habilidades de desempenho são habilidades demonstradas pelo cliente. Por exemplo, a capacidade prática, como imitar, sequenciar, e construir, afeta as habilidades de desempenho motor do cliente. Capacidades cognitivas, tais como a percepção, afetam as habilidades de desempenho de processo de um cliente e sua capacidade de organizar ações em tempo hábil e seguro. Capacidades de regulação emocional podem afetar a capacidade de um cliente em responder eficazmente às exigências da ocupação, com uma gama de emoções. É importante lembrar que muitas funções corporais são subjacentes a cada habilidade de desempenho.

Habilidades de desempenho estão também intimamente ligadas e são usadas em combinação com outras quando um cliente se envolve em uma ocupação. A mudança em uma habilidade de desempenho pode afetar outras habilidades de desempenho. Profissionais de terapia ocupacional observam e analisam as habilidades de desempenho para compreender as transações entre os fatores do cliente, o contexto e o ambiente, além da atividade ou das demandas ocupacionais, que apoiam ou dificultam as habilidades de desempenho e o desempenho ocupacional (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Hagedorn, 2000).

Na prática e em algumas literaturas, as funções corporais subjacentes são rotuladas como *habilidades de desempenho* e são vistas em várias combinações, tais como habilidades percepto-motoras e habilidades sócio-emocionais. Embora os profissionais possam se concentrar em capacidades subjacentes tais como a cognição, as estruturas do corpo e a regulação emocional, a *Estrutura* define as habilidades de desempenho como aquelas que são observáveis e que são aspectos chave para a participação ocupacional bem sucedida. A Tabela 3 fornece definições das várias habilidades em cada categoria.

Pesquisas informando sobre a prática da terapia ocupacional relacionada com as habilidades de desempenho incluem Fisher (2006); Polatajko, Mandich, e Martini (2000); e Fisher e Griswold (2014). Informações detalhadas sobre os modos pelos quais as habilidades de desempenho são utilizadas na prática da terapia ocupacional podem ser encontradas na literatura sobre teorias e modelos específicos,

tais como o Modelo da Ocupação Humana (Kielhofner, 2008); a Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional Diário (Polatajko & Mandich de 2004); o Modelo de Processo de Intervenção de Terapia Ocupacional (Fisher, 2009); a teoria de integração sensorial (Ayres, 1972, 2005), e a teoria de aprendizagem motora e controle motor (Shumway-Cook & Woollacott, 2007).

Padrões de Desempenho

Padrões de desempenho são os hábitos, rotinas, papéis e rituais usados no processo de se envolver em ocupações ou atividades que podem apoiar ou dificultar o desempenho ocupacional. *Hábitos* se referem a comportamentos específicos, automáticos; eles podem ser úteis, dominantes ou empobrecidos (Boyt Schell, Gillen, e Scaffa, 2014b; Clark, 2000; Dunn, 2000). As *rotinas* são seqüências estabelecidas de ocupações ou atividades que fornecem uma estrutura para a vida diária; rotinas também podem promover ou prejudicar a saúde (Fiese, 2007; Koome, Hocking, & Sutton, 2012; Segal, 2004).

Papéis são conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade e moldados pela cultura e contexto; eles podem ser ainda mais conceituados e definidos por um cliente (pessoa, grupo ou população). Os papéis podem fornecer orientações em ocupações ou podem ser usados para identificar as atividades relacionadas com certas ocupações com as quais o cliente se envolve.

Ao considerar os papéis, os profissionais de terapia ocupacional estão preocupados com a forma como os clientes constroem suas ocupações para cumprir seus papéis e a identidade percebida, e se seus papéis reforçam seus valores e crenças. Alguns papéis conduzem a estereótipos e a padrões de envolvimento restritos. Jackson (1998a, 1998b) advertiu que descrever pessoas por seus papéis pode ser limitante e pode promover segmentação em vez de ocupações encerradas.

Os *rituais* são ações simbólicas com significado espiritual, cultural ou social. Rituais contribuem para a identidade de um cliente e reforçam seus valores e crenças (Fiese, 2007; Segal, 2004).

Os padrões de desempenho são desenvolvidos ao longo do tempo e são influenciados por todos os outros aspectos do domínio da terapia ocupacional. Os profissionais que consideram os padrões de desempenho do cliente são mais capazes de compreender a frequência e a maneira pela qual as habilidades de desempenho e ocupações são integradas na vida do cliente. Embora os clientes possam ter a capacidade de se envolver em uma habilidade de desempenho, se eles não incorporarem

as habilidades essenciais em um conjunto produtivo de padrões de envolvimento, sua saúde, seu bem-estar, e sua participação podem ser afetados negativamente. Por exemplo, um cliente que tem as habilidades e os recursos para se envolver adequadamente com cuidados pessoais, banho e preparo de refeição, mas não incorpora tais habilidades em uma rotina consistente pode ter que enfrentar uma pobre nutrição e isolamento social. A Tabela 4 fornece exemplos de padrões de desempenho para as pessoas, grupos ou populações.

Contexto e Ambiente

Envolvimento e participação na ocupação ocorrem dentro de um ambiente social e físico situado em um contexto. Na literatura, os termos, *ambiente* e *contexto* são frequentemente intercambiáveis. Na *Estrutura*, os dois termos são usados para refletir a importância de se considerar a multiplicidade de variáveis inter-relacionadas que influenciam o desempenho. Compreender os ambientes e contextos em que as ocupações podem e ocorrem, fornecem aos profissionais conhecimentos sobre a abrangência, subjacência e influência no envolvimento.

O *ambiente físico* se refere ao natural (por exemplo, o terreno geográfico, as plantas) e o construído (por exemplo, edifícios, mobiliário) ao redor dos quais as ocupações da vida diária ocorrem. Ambientes físicos podem apoiar ou apresentar barreiras à participação em ocupações significativas. Exemplos de barreiras incluem larguras de porta que não permitem a passagem de cadeira de rodas ou a ausência de oportunidades sociais saudáveis para pessoas que se abstenham do uso de álcool. Por outro lado, os ambientes podem fornecer suporte e recursos para a prestação de serviços (por exemplo, comunidade, unidade de saúde, casa). O *ambiente social* consiste na presença de relacionamentos com, e as expectativas das pessoas, grupos e populações com as quais os clientes têm contato (por exemplo, a disponibilidade e as expectativas de pessoas importantes, como cônjuge, amigos e cuidadores).

O termo *contexto* se refere aos elementos que tanto compõem quanto circundam um cliente e que muitas vezes são menos tangíveis do que os ambientes físicos e sociais, mas ainda assim exercem uma forte influência sobre o desempenho. Contextos, conforme descritos na *Estrutura* são cultural, pessoal, temporal e virtual.

O *contexto cultural* inclui costumes, crenças, padrões de atividade, padrões de comportamento e expectativas aceitas pela sociedade da qual um cliente é membro. O contexto cultural influencia a identidade do cliente e escolha de atividade, e os profissionais devem estar cientes, por

exemplo, sobre as normas relacionadas à forma de comer ou as considerações de profissionais da saúde ao trabalhar com alguém de outra cultura e nível socioeconômico, por exemplo, ao fornecer um plano de alta para uma criança e família. *Contexto pessoal* se refere a características demográficas do indivíduo, tais como idade, gênero, status socioeconômico e nível educacional, que não fazem parte de uma condição de saúde (WHO, 2001). *Contexto temporal* inclui fase da vida, a hora do dia ou do ano, a duração ou o ritmo da atividade e a história.

Por fim, o *contexto virtual* se refere às interações que ocorrem em situações simuladas, em tempo real, ou quase real em que há ausência de contato físico. O contexto virtual está se tornando cada vez mais importante para os clientes, bem como para os profissionais de terapia ocupacional e outros prestadores de serviços de saúde. Os clientes podem precisar o acesso e a habilidade para usar a tecnologia, como celular ou smartphones, computadores ou tablets e controles de videogame para realizar suas rotinas diárias e ocupações.

Contextos e ambientes interferem no acesso de um cliente a ocupações e influenciam na qualidade e na satisfação do desempenho. Um cliente com dificuldades de desempenho em um ambiente ou contexto pode ter sucesso após mudança nesse ambiente ou contexto. O contexto em que o envolvimento em ocupações ocorre é específico para cada cliente. Alguns contextos são externos aos clientes (por exemplo, o virtual), alguns são internos (por exemplo, o pessoal), alguns ainda apresentam tanto características externas quanto crenças e valores internos (por exemplo, o cultural).

Profissionais de terapia ocupacional reconhecem que para que os clientes realmente alcancem uma existência plena em participação, significado e propósito, os clientes devem não só ter função, mas também se envolver confortavelmente com o seu mundo, que consiste em uma combinação única de contextos e ambientes (Tabela 5).

Entrelaçado em todos os contextos e ambientes está o conceito de *justiça ocupacional*, definido como “uma justiça que reconhece o direito ocupacional para a participação inclusiva nas ocupações diárias de todas as pessoas na sociedade, independentemente da idade, capacidade, gênero, classe social ou outras diferenças” (Nilsson & Townsend, 2010, p. 58). Justiça ocupacional descreve a preocupação por parte dos profissionais de terapia ocupacional com os aspectos éticos, morais e cívicos dos ambientes e contextos dos clientes. Como parte do domínio da terapia ocupacional, os profissionais consideram como esses aspectos podem afetar a implementação da terapia ocupacional e o resultado alvo da participação.

Vários ambientes e contextos podem apresentar questões de justiça ocupacional. Por exemplo, uma escola com educação alternativa para crianças com distúrbios psiquiátricos poderia fornecer suporte acadêmico e aconselhamento, mas limitaria as oportunidades de participação em esportes, programas musicais e atividades sociais organizadas. Uma instituição residencial pode oferecer segurança e apoio médico, mas proporciona poucas oportunidades para envolvimento em atividades relacionadas aos papéis que antes representavam uma fonte de significado para seus moradores. As comunidades carentes sem acessibilidade e recursos tornam a participação especialmente difícil e perigosa para pessoas com incapacidades. Profissionais de terapia ocupacional podem reconhecer áreas de injustiça ocupacional e trabalhar para apoiar políticas, ações e leis que permitam que as pessoas se envolvam em ocupações que fornecem propósito e significado em suas vidas.

Ao compreender e abordar as questões específicas de justiça dentro do ambiente de mudança de um cliente, os profissionais de terapia ocupacional promovem resultados terapêuticos que visam à capacitação e auto-advocacia. O foco da terapia ocupacional no envolvimento em ocupações e justiça ocupacional complementa a perspectiva da OMS (2001) sobre a saúde. Em um esforço para ampliar a compreensão dos efeitos da doença e da deficiência sobre a saúde, a OMS reconheceu que a saúde pode ser afetada pela incapacidade de realizar atividades e participar de situações da vida causadas tanto por barreiras ambientais quanto por problemas que existem nas estruturas e funções do corpo. A *Estrutura* identifica a justiça ocupacional em ambos os aspectos dos contextos e ambientes, e no resultado da intervenção.

Processo

Esta seção operacionaliza o processo realizado por profissionais de terapia ocupacional na prestação de serviços aos clientes. O quadro 2 identifica os aspectos do processo, e a Figura 2 ilustra a inter-relação dinâmica entre eles. O *processo da terapia ocupacional* é a entrega centrada no cliente de serviços de terapia ocupacional. O processo inclui a avaliação e a intervenção para alcançar os resultados visados, e ocorre no âmbito do domínio de terapia ocupacional, e é facilitada pela perspectiva distinta de profissionais de terapia ocupacional ao se envolverem em raciocínio clínico, analisando as atividades e ocupações, e colaborando com os clientes. Esta seção está organizada em quatro grandes áreas: (1) uma visão geral do processo conforme aplicação dentro do domínio da profissão, (2) o

processo de avaliação, (3) o processo de intervenção, e (4) o processo de resultado alvo.

Visão Geral do Processo de Terapia Ocupacional

Muitas profissões usam um processo semelhante de avaliação, intervenção e análise dos resultados da intervenção. No entanto, apenas os profissionais de terapia ocupacional focam no uso de ocupações para promover a saúde, o bem-estar, e a participação na vida. Profissionais de terapia ocupacional usam ocupações e atividades selecionadas de forma terapêutica como métodos primários de intervenção em todo o processo (Tabela 6).

Para ajudar os clientes a alcançar os resultados desejados, os profissionais de terapia ocupacional facilitam as interações entre o cliente, seus ambientes e contextos, e as ocupações as quais se envolve. Esta perspectiva baseia-se na teoria, no conhecimento e nas habilidades geradas e utilizadas no âmbito da profissão e com base em evidências disponíveis (Clark et al, 2012; Davidson, Shahar, Lawless, Sells, e Tondora, 2006; Vidro, de Leon, Marottoli, e Berkman, 1999; Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, & Clark, 1998; Sandqvist, Akesson, e Eklund, 2005).

A análise do desempenho ocupacional requer a compreensão da interação complexa e dinâmica entre os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e os contextos e ambientes, juntamente com as exigências da ocupação da atividade a ser realizada. Profissionais de terapia ocupacional se atentam a cada um desses aspectos e avaliam a influência de um sobre os outros, individual e coletivamente. Ao compreender como esses aspectos influenciam entre si, os profissionais podem melhor avaliar como cada aspecto contribui para as preocupações relacionadas com o desempenho de seus clientes e, potencialmente, contribui para intervenções que apoiam o desempenho ocupacional.

Para facilitar a explicação, a *Estrutura* descreve o processo de terapia ocupacional como sendo linear. Na realidade, o processo não ocorre de forma sequenciada, passo-a-passo. Pelo contrário, é fluido e dinâmico, permitindo que os profissionais de terapia ocupacional e clientes mantenham seu foco nos resultados identificados enquanto refletem continuamente e mudam o plano global para acomodar novos desenvolvimentos e idéias ao longo do caminho.

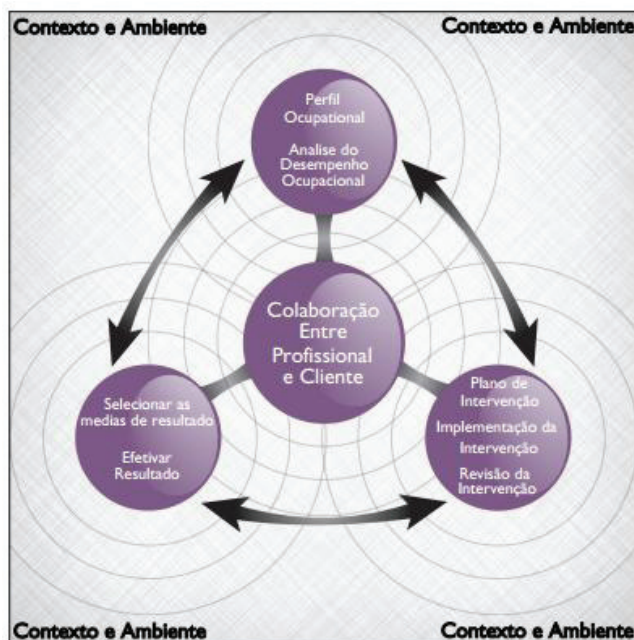
A definição mais ampla de *cliente* incluída neste documento traduz o envolvimento crescente da profissão na prestação de serviços não apenas a uma pessoa, mas também a grupos e populações. Quando se trabalha com um grupo ou população, os profissionais de terapia ocupacional

consideram as habilidades de desempenho do trabalho coletivo dos membros. Seja o cliente uma pessoa, grupo ou população, informações sobre desejos, necessidades,

pontos fortes, limitações e riscos ocupacionais do cliente são recolhidas, sintetizadas, e enquadradas da perspectiva ocupacional.

Quadro 2 – Processo de terapia ocupacional na prestação de serviços. O processo de prestação de serviço é aplicado dentro do domínio da profissão para apoiar a saúde e a participação do cliente

Avaliação
<i>Perfil ocupacional</i> – é o passo inicial no processo de avaliação, que proporciona uma compreensão da história ocupacional e experiências do cliente, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades. São identificadas as razões do cliente para a procura de serviços, os pontos fortes e as preocupações em relação ao desempenho ocupacional e as atividades de vida diária, as áreas de potencial ruptura ocupacional, os suportes e as barreiras, além das prioridades. <i>Análise do desempenho ocupacional</i> – é o passo no processo de avaliação, durante o qual os recursos e os problemas ou potenciais problemas dos clientes são mais especificamente identificados. O desempenho atual é frequentemente observado em contexto para identificar suportes e barreiras às habilidades de desempenho do cliente. Habilidades de desempenho, padrões de desempenho, contexto ou ambiente, fatores do cliente e demandas da atividade são todos consideradas, mas somente aspectos selecionados podem ser especificamente avaliados. Resultados alvo são identificados.
Intervenção
<i>Plano de intervenção</i> – é o plano que irá guiar as ações tomadas e que é desenvolvido em colaboração com o cliente. Baseia-se em teorias selecionadas, quadros de referência, e evidências. Estabelecem-se os resultados alvo a serem alcançados. <i>Implementação da intervenção</i> – Ações em andamento visando influenciar e apoiar a melhoria do desempenho e da participação do cliente. As intervenções são dirigidas para o alcance dos resultados identificados. A resposta do cliente é monitorada e documentada. <i>Revisão da intervenção</i> - Revisão do plano de intervenção e do progresso em direção aos resultados alvo.
Resultados Alvo
<i>Resultados</i> - Determinantes do sucesso em alcançar o resultado final desejado do processo de terapia ocupacional. Avaliação do resultado é usada para planejar ações futuras com o cliente e avaliar o programa do serviço (ou seja, a avaliação do programa).



Modelos de Prestação de Serviços

Profissionais de terapia ocupacional prestam serviços aos clientes tanto diretamente, em ambientes como hospitais, clínicas, indústrias, escolas, lares e comunidades, quanto indiretamente, em nome de clientes, através da consultoria. Serviços diretos incluem intervenções concluídas quando em contato direto com o indivíduo ou grupo de clientes. Estas intervenções são concluídas através de vários mecanismos, tais como encontros pessoais com o cliente, sessões grupais, interações com os clientes e as famílias, através de sistemas de tele-saúde (AOTA, 2013c).

Nos casos em que há prestação indireta de serviços em nome dos clientes, os profissionais oferecem consultoria a professores, equipes multidisciplinares e agências de planejamento da comunidade. Profissionais de terapia ocupacional também oferecem consultoria às organizações comunitárias, tais como grupos de bairro e organizações civis que podem ou não incluir pessoas com incapacidade. Além disso, os profissionais prestam serviços à empresas com relação à questões sobre ambiente de trabalho, modificações ergonômicas e em conformidade com o Americans with Disabilities Act de 1990 (Pub. L. 101-336).

Profissionais de terapia ocupacional podem influenciar indiretamente a vida dos clientes através da advocacia. Exemplos comuns de advocacia incluem conversa com os legisladores sobre como melhorar o transporte para idosos ou melhorar os serviços para as pessoas com deficiências físicas ou mentais a fim de auxiliar a vida e o trabalho na comunidade em que essas pessoas vivem.

Independentemente do modelo de prestação de serviço, o cliente individual pode não ser o foco exclusivo da intervenção. Por exemplo, as necessidades de uma criança em risco pode ser o impulso inicial para a intervenção, mas as preocupações e prioridades dos pais, parentes, e agências de financiamento também são consideradas. Profissionais de terapia ocupacional compreendem e focam na intervenção para incluir as questões e preocupações em torno das dinâmicas complexas entre o cliente, o cuidador e a família. Da mesma forma, serviços que abordam a habilidades de vida independente para os adultos que lidam com doença mental grave e persistente, também podem atender às necessidades e expectativas das agências de serviços estaduais e locais, bem como de potenciais empregadores.

Raciocínio Clínico

Ao longo do processo, os profissionais de terapia ocupacional estão continuamente envolvidos em raciocínio clínico sobre o desempenho ocupacional de cada cliente. O raciocínio clínico permite aos profissionais

- Identificar as múltiplas demandas, as habilidades necessárias e o potencial significado das atividades e ocupações e
- Obter uma compreensão mais profunda das inter-relações entre os aspectos do domínio que afetam o desempenho e apoiam as intervenções centradas no cliente e resultados.

Profissionais de terapia ocupacional usam princípios teóricos e modelos, o conhecimento sobre os efeitos das condições na participação, e as evidências disponíveis sobre a eficácia da intervenção para orientar seu raciocínio. O raciocínio clínico garante a seleção precisa e a aplicação de avaliações, intervenções e medidas de resultado centrado no cliente. Os profissionais também aplicam seus conhecimentos e habilidades a fim de melhorar a participação dos clientes nas ocupações e promover a sua saúde e bem-estar, independentemente dos efeitos da doença, da incapacidade, da interrupção ou privação da ocupação.

Uso Terapêutico de Si

Uma parte integrante do processo de terapia ocupacional é o uso terapêutico de si, que permite que os profissionais de terapia ocupacional desenvolvam e gerenciem a sua relação terapêutica com os clientes por meio da narrativa e do raciocínio clínico; da empatia; e, uma abordagem centrada no cliente e colaborativa para a prestação de serviços (Taylor & Van Puymbroeck, 2013). Empatia é a troca emocional entre os profissionais de terapia ocupacional e os clientes que permite uma comunicação mais aberta, assegurando que os profissionais se conectem com os clientes em um nível emocional para ajudá-los em sua situação de vida atual.

Profissionais de terapia ocupacional usam a narrativa e o raciocínio clínico para ajudar os clientes a darem sentido às informações recebidas no processo de intervenção, para descobrir o significado e para construir a esperança (Peloquin, 2003; Taylor & Van Puymbroeck, 2013). Os clientes têm identificado a relação terapêutica como fundamental para o resultado da intervenção da terapia ocupacional (Cole & McLean, 2003).

Profissionais de terapia ocupacional desenvolvem um relacionamento colaborativo com clientes para entender suas experiências e desejos com a intervenção. A abordagem colaborativa usada em todo o processo valoriza as contribuições dos clientes junto aos profissionais. Através do uso de habilidades de comunicação interpessoal, os profissionais de terapia ocupacional transferem o poder na relação para permitir que os clientes tenham controle na

tomada de decisão e resolução de problemas, o que é essencial para uma intervenção eficaz.

Os clientes trazem para o processo de terapia ocupacional seus conhecimentos oriundos de suas experiências de vida e as suas esperanças e sonhos para o futuro. Eles identificam e partilham as suas necessidades e prioridades. Profissionais de terapia ocupacional trazem o seu conhecimento sobre como o envolvimento em ocupação afeta a saúde, o bem-estar, e a participação; eles utilizam essas informações, juntamente com perspectivas teóricas e raciocínio clínico, para de forma crítica observar, analisar, descrever e interpretar o desempenho humano. Profissionais e os clientes, juntamente com os cuidadores, familiares, membros da comunidade e outras partes interessadas (conforme o caso), identificam e priorizam o foco do plano de intervenção.

Análise Atividade

Análise da atividade é um processo importante usado pelos profissionais da terapia ocupacional para compreender as demandas de atividades específicas de um cliente:

Análise da atividade aborda as demandas típicas de uma atividade, a gama de habilidades envolvidas no seu desempenho, e os vários significados culturais que podem ser atribuídas a ela. Análise da atividade com base em ocupação coloca a pessoa em primeiro plano. Ela leva em conta os interesses, objetivos, habilidades e contextos da pessoa em particular, bem como as exigências da própria atividade. Estas considerações moldam os esforços do profissional para ajudar... a pessoa a alcançar suas metas através da avaliação e intervenção cuidadosamente desenhadas (Crepeau, 2003, pp. 192-193).

Profissionais de terapia ocupacional analisam as demandas de uma atividade ou ocupação para entender as estruturas específicas do corpo, as funções do corpo, habilidades de desempenho e padrões de desempenho que são necessários e determinam as demandas genéricas da atividade ou ocupação realizada pelo cliente.

Atividade e demandas ocupacionais são as características específicas de uma atividade e ocupação que influenciam o seu significado para o cliente bem como o tipo e a quantidade de esforço necessário para nelas se envolverem. Atividade e demandas ocupacionais incluem o seguinte (ver Tabela 7 para definições e exemplos):

- *As ferramentas e os recursos necessários para se envolver na atividade* - Quais objetos específicos são usados na atividade? Quais são suas propriedades, e que tipo de transporte, dinheiro ou outros recursos são necessários para

participar da atividade?

- *Onde e com quem a atividade ocorre* - Quais são os requisitos de espaço físico da atividade, e quais são as demandas de interação social?
- *Como a atividade é realizada* – Qual processo é utilizado para a realização da atividade, incluindo a sequência e o calendário das etapas, procedimentos necessários e as regras?
- *Como a atividade desafia as capacidades do cliente* - Quais ações, habilidades de desempenho, funções do corpo e estruturas do corpo são exigidas do indivíduo, grupo ou população durante a realização da atividade?

O significado que o cliente atribui a atividade –

Quais os potenciais significados simbólicos, inconscientes e metafóricos que o indivíduo associa à atividade (por exemplo, dirigir um carro equivale a independência, preparar uma refeição no feriado gera vínculo com a tradição familiar, o voto é um rito de passagem para a idade adulta)?

Atividade e demandas ocupacionais são específicas para cada atividade. Uma alteração em uma característica da atividade pode mudar a extensão da demanda na outra característica. Por exemplo, um aumento no número ou na sequência de passos em uma atividade aumenta a demanda por habilidade de atenção.

Processo de Avaliação

O processo de avaliação está focado em descobrir o que o cliente quer e precisa fazer; determinando o que um cliente pode fazer e tem feito; e identificando facilitadores e barreiras para a saúde, bem-estar e a participação. A avaliação ocorre durante as interações iniciais e subsequentes com o cliente. O tipo e o foco da avaliação diferem de acordo com a configuração de prática.

A avaliação consiste no perfil ocupacional e de uma análise do desempenho ocupacional. O perfil ocupacional inclui informações sobre as necessidades do cliente, problemas e preocupações relacionadas ao desempenho ocupacional. A análise do desempenho ocupacional está focada na coleta e na interpretação de informações para identificar mais especificamente os facilitadores e as barreiras relacionadas ao desempenho ocupacional e identificar os resultados que são alvo.

Embora a *Estrutura* descreva os componentes do processo de avaliação separadamente e de forma sequencial a maneira exata em que terapeutas ocupacionais coletam as informações do cliente é influenciada pelas necessidades dos clientes, pelos cenários de prática e pelos quadros de referência ou modelos de prática. As informações referentes

ao perfil ocupacional são coletadas durante o processo de terapia ocupacional.

Perfil Ocupacional

O *perfil ocupacional* é um resumo da história ocupacional e experiências, dos padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades de cada cliente. Desenvolver o perfil ocupacional proporciona ao profissional da terapia ocupacional uma compreensão do ponto de vista do cliente e de seu passado.

Usando uma abordagem centrada no cliente, o profissional reúne informações para entender o que é atualmente importante e significativo para o cliente (ou seja, o que ele ou ela quer e precisa fazer) e identificar as experiências passadas e interesses que possam contribuir para a compreensão dos problemas e das questões atuais. Durante o processo de coleta de informações, o cliente, com a assistência do profissional de terapia ocupacional, identifica as prioridades e os resultados desejados que proporcionarão seu envolvimento em ocupações que apoiam a participação na vida. Apenas os clientes podem identificar as ocupações que dão sentido às suas vidas e selecionar as metas e prioridades importantes para eles. Ao valorizar e respeitar as informações dos clientes, os profissionais ajudam a promover o seu envolvimento e podem orientar de forma mais eficiente as intervenções.

Profissionais de terapia ocupacional coletam informações para o perfil ocupacional logo no contato inicial com os clientes para estabelecer resultados centrados no cliente. Com o tempo, os profissionais coletam informações adicionais, refinam o perfil, e garantem que as informações adicionais motivam alterações aos resultados alvo. O processo de completar e aperfeiçoar o perfil ocupacional varia de acordo com a definição e o cliente. As informações reunidas no perfil podem ser concluídas em uma sessão ou durante um período mais longo, enquanto se trabalha com o cliente. Para clientes com dificuldades de participar desse processo, seus perfis podem ser compilados através da interação com os familiares ou outras pessoas importantes em suas vidas.

A obtenção de informações para o perfil ocupacional através de técnicas formais de entrevistas e conversas informais é uma maneira de estabelecer relação terapêutica com os clientes e com sua rede de apoio. As informações obtidas através do perfil ocupacional levam a uma abordagem individualizada nas fases de avaliação, planejamento de intervenção e implementação da intervenção. A informação é recolhida nas seguintes áreas:

- Por que o cliente solicita o serviço, e quais são as preocupações atuais do cliente em relação ao seu

envolvimento em ocupações e atividades da vida diária?

- Em quais ocupações o cliente se sente bem sucedido, e quais barreiras afetam o seu sucesso?
- Quais aspectos de seus ambientes ou contextos o cliente vê como facilitadores a participação em ocupações desejadas, e quais aspectos estão inibindo seu envolvimento?
- Qual é a história ocupacional do cliente (por exemplo, experiências de vida)?
- Quais são os valores e os interesses do cliente?
- Quais são os papéis da vida diária do cliente?
- Quais são os padrões de envolvimento do cliente em ocupações, e como eles mudaram ao longo do tempo?
- Quais são as prioridades do cliente e os resultados alvo quanto ao desempenho ocupacional, à prevenção, participação, competência em papéis, saúde, qualidade de vida, bem-estar e da justiça ocupacional?

Após a coleta de dados de perfil, os terapeutas ocupacionais visualizam as informações e desenvolvem uma hipótese de trabalho sobre as possíveis razões para os problemas e preocupações identificados. As razões podem incluir deficiências nos fatores do cliente, nas habilidades de desempenho e padrões de desempenho ou barreiras dentro do contexto e ambiente. Os terapeutas, então, trabalham com os clientes para estabelecer metas preliminares e medidas de resultado. Além disso, os terapeutas observam os pontos fortes e facilitadores em todas as áreas, porque estes podem informar o plano de intervenção e afetar os resultados futuros.

Análise do Desempenho Ocupacional

Desempenho ocupacional é a realização da ocupação selecionada resultante da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e o ambiente, e a atividade ou ocupação. Na *análise do desempenho ocupacional*, a queixa e os problemas ou potenciais problemas do cliente são mais especificamente identificados por meio de instrumentos de avaliação destinados a observar, medir e informar sobre os fatores que facilitam ou impedem o desempenho ocupacional. Resultados alvo também são identificados. A análise do desempenho ocupacional envolve uma ou mais das seguintes atividades:

- Sintetizar informações do perfil ocupacional para então focar nas ocupações específicas e nos contextos que precisam ser abordados

- Observar o desempenho de um cliente durante as atividades relevantes às ocupações desejadas, ressaltando a eficácia das habilidades de desempenho e padrões de desempenho
- Selecionar e usar avaliações específicas para medir habilidades de desempenho e padrões de desempenho de forma adequada
- Selecionar e administrar informações, se necessário, para identificar e avaliar mais especificamente os contextos e ambientes, demandas de atividades e fatores que influenciam as habilidades de desempenho e os padrões de desempenho do cliente
- Selecionar as medidas de resultados
- Interpretar os dados de avaliação para identificar o que facilita e o que impede o desempenho
- Desenvolver e refinar hipóteses sobre os pontos fortes do desempenho ocupacional do cliente e suas limitações
- Estabelecer em colaboração com o cliente objetivos que gerem os resultados desejados
- Determinar procedimentos para medir os resultados da intervenção
- Delinear uma abordagem potencial de intervenção ou abordagens baseadas nas melhores práticas e evidências disponíveis.

Vários métodos frequentemente são utilizados durante o processo de avaliação para analisar cliente, ambiente ou contextos, ocupação ou atividade e desempenho ocupacional. Os métodos podem incluir uma entrevista com o cliente e outras pessoas importantes, observação do desempenho e do contexto, revisão de dados e avaliação direta de aspectos específicos do desempenho. Podem ser utilizados instrumentos de avaliação formal e informal, estruturado e não estruturado, com critérios padronizados ou não-referenciados. Quando disponíveis, avaliações padronizadas têm preferência para fornecer dados objetivos sobre diversos aspectos do domínio que influenciam o envolvimento e o desempenho. O uso de avaliações válidas e confiáveis para a obtenção de informações fidedignas pode também justificar e colaborar para a necessidade de serviços de terapia ocupacional (Doucet & Gutman, 2013; Gutman, Mortera, Hinojosa, & Kramer, 2007).

Implícitos em qualquer avaliação utilizada por profissionais de terapia ocupacional estão os sistemas de crenças dos clientes e as premissas relativas ao seu desempenho ocupacional desejado. Terapeutas ocupacionais selecionam uma avaliação pertinente às necessidades e objetivos dos clientes, congruentes com o modelo teórico de prática do profissional e com base no conhecimento das

propriedades psicométricas de medidas padronizadas ou ainda de acordo com a lógica e os protocolos de medidas não padronizadas, estruturadas e as evidências disponíveis. Além disso, a percepção de sucesso do cliente ao envolver-se com as ocupações desejadas é vital para qualquer avaliação de resultados (Bandura, 1986).

Processo de Intervenção

O processo de intervenção consiste nos serviços especializados prestados por profissionais de terapia ocupacional em colaboração com os clientes para facilitar o envolvimento em ocupações relacionadas à saúde, bem-estar e participação. Os profissionais usam os princípios teóricos e as informações sobre os clientes acumuladas durante a avaliação para dirigir a intervenção centrada na ocupação. A intervenção é então fornecida para ajudar os clientes a alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social; para identificar e realizar aspirações; para satisfazer as necessidades; e também para mudar ou enfrentar o ambiente. Os tipos de intervenções de terapia ocupacional são discutidos na Tabela 6.

A intervenção se destina a promover a saúde, o bem-estar e a participação. A *promoção da saúde* é “o processo de capacitação da comunidade para melhorar e aumentar o controle sobre a saúde” (WHO, 1986). Wilcock (2006) afirmou:

Seguindo uma abordagem de promoção da saúde com foco em ocupação para o bem-estar abrange uma crença de que o potencial alcance do que as pessoas podem fazer, ser, e se esforçar para se tornar é a principal preocupação, e que a saúde é um subproduto. Um estilo de vida ocupacional variado e completo coincidentemente manterá e melhorará a saúde e o bem-estar, caso capacite as pessoas para serem criativas e aventureiras fisicamente, mentalmente e socialmente (p. 315).

As intervenções variam de acordo com o cliente - pessoa, grupo ou população - e com o contexto da prestação de serviços (Moyers & Dale, 2007). O próprio termo usado para clientes ou grupos de clientes que recebem terapia ocupacional varia entre os cenários de prática e os modelos de prática. Por exemplo, quando se trabalha em um hospital, a pessoa ou grupo pode ser nomeado de *paciente* ou *pacientes*, e em uma escola, os clientes podem ser estudantes. Ao fornecer consultoria a uma organização, os clientes podem ser chamados de *consumidores* ou *usuários*. O termo pessoa inclui outros que podem ajudar ou serem atendidos indiretamente, como cuidador, professor, familiares, empregador ou cônjuge.

As intervenções previstas para os grupos e populações são dirigidas a todos os membros em conjunto e não de maneira individual para pessoas específicas dentro do grupo. Profissionais direcionam suas intervenções em relação a condições incapacitantes atuais ou potenciais com o objetivo de aumentar a saúde, o bem-estar e a participação de todos os membros do grupo coletivamente. O foco da intervenção está em atividades de promoção da saúde, autogerenciamento, serviços educacionais e modificações no ambiente. Por exemplo, os profissionais de terapia ocupacional podem fornecer orientação sobre prevenção de quedas e o impacto do medo de cair a um grupo de moradores em um centro de vida assistida, ou podem prestar apoio a pessoas com alterações psiquiátricas enquanto elas aprendem a usar a internet, isso a fim de identificar e coordenar recursos da comunidade que atendam suas necessidades. Os profissionais podem trabalhar com uma grande variedade de populações que vivenciam dificuldades em acessar e se envolver em ocupações saudáveis por causa de suas condições, tais como pobreza, falta de moradia, e discriminação.

O processo de intervenção é dividido em três etapas: (1) plano de intervenção, (2) implementação da intervenção, e (3) avaliação da intervenção. Durante o processo de intervenção, a informação da avaliação é integrada com a teoria, os modelos de práticas, quadros de referência e as evidências. Esta informação orienta o raciocínio clínico dos profissionais de terapia ocupacional no desenvolvimento, implementação e revisão do plano de intervenção.

Plano de Intervenção

O *plano de intervenção*, que direciona as ações dos profissionais de terapia ocupacional, descreve as abordagens terapêuticas ocupacionais selecionadas e os tipos de intervenções a serem utilizados no alcance de determinados resultados dos clientes. O plano de intervenção é desenvolvido em colaboração com clientes ou com seus procuradores e é guiado por

- Objetivos, valores, crenças e necessidades ocupacionais do cliente;
- Saúde e bem-estar do cliente;
- Habilidades de desempenho e padrões de desempenho do cliente;
- Influência coletiva do contexto e do ambiente, demandas da atividade e os fatores do cliente sobre o próprio cliente;
- Contexto da prestação de serviços em que a intervenção é fornecida; e
- Melhor evidência disponível.

A seleção e o delineamento dos objetivos e do plano de intervenção levam em consideração a situação atual e potencial dos clientes relacionados ao envolvimento em ocupações ou atividades. Planejamento de intervenção inclui as seguintes etapas:

1. Desenvolvimento do plano, que envolve a seleção de:
 - Metas e objetivos mensuráveis focados na ocupação, além de prazos estabelecidos;
 - Abordagem ou abordagens de intervenção da terapia ocupacional, tais como criar ou promover, estabelecer ou restaurar, manter, modificar e prevenir (Tabela 8); e
 - Métodos para a prestação de serviços, incluindo quem irá fornecer a intervenção, os tipos de intervenções, e modelos de prestação de serviços a serem utilizados.
2. Considerar potenciais mudanças nas necessidades e nos planos.
3. Fazer recomendações ou encaminhamentos para outros profissionais quando necessário.

Implementação da Intervenção

Implementação da intervenção é o processo de colocar o plano de intervenção em ação. As intervenções podem se concentrar em um único aspecto do domínio, como uma ocupação específica, ou em vários aspectos do domínio, tais como contexto e ambiente, padrões de desempenho e habilidades de desempenho.

Tendo em vista que os aspectos do domínio estão interligados e se influenciam mutuamente, em um processo contínuo e dinâmico, os profissionais de terapia ocupacional esperam que a capacidade de um cliente para se adaptar, mudar e desenvolver-se em uma área afetará outras áreas. Devido a esta inter-relação dinâmica, avaliação e planejamento de intervenção continuam durante todo o processo de implementação.

Implementação da intervenção inclui as seguintes etapas:

1. Determinar e executar a(s) intervenção(ões) terapêutica(s) ocupacional(is) a serem utilizadas (ver Tabela 6), o qual pode incluir o seguinte:
 - O uso terapêutico de ocupações e atividades
 - Métodos preparatórios (por exemplo, órteses, tecnologia assistiva, mobilidade sobre rodas) e tarefas preparatórias
 - Educação e treinamento
 - Advocacia (por exemplo, direito, auto-

- advocacia)
 - Intervenções em grupo.
2. O monitoramento da resposta do cliente em relação a intervenções específicas, com base em avaliação contínua e reavaliação de seu progresso em direção às metas.

Revisão da Intervenção

Revisão da intervenção é o processo contínuo de reavaliação e revisão do plano de intervenção, de sua eficácia, e do progresso relacionado aos resultados. Durante o planejamento da intervenção, esse processo inclui a colaboração do cliente, com base em metas identificadas e nos progressos relacionados aos resultados associados. Reavaliação e revisão podem levar a alterações no plano de intervenção.

A revisão da intervenção inclui as seguintes etapas:

1. Reavaliação do plano e da maneira como ele é implementado em relação aos resultados propostos
2. Modificação do plano conforme a demanda
3. Avaliação de necessidade de continuar ou interromper os serviços de terapia ocupacional e de encaminhamento para outros serviços.

Resultados Alvos

Os *resultados alvos* representam o resultado final do processo de terapia ocupacional; eles descrevem o que os clientes podem alcançar através da intervenção da terapia ocupacional. Os benefícios da terapia ocupacional são multifacetados e podem ocorrer em todos os aspectos do domínio. Os resultados estão diretamente relacionados com as intervenções previstas e ocupações, os fatores do cliente, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e com os contextos e ambientes almejados. Os resultados também podem ser acompanhados para a melhoria da relação transacional entre as áreas do domínio que resultam na capacidade dos clientes de se envolverem em ocupações desejadas que são secundárias às habilidades melhoradas relacionadas ao fator do cliente e as habilidades de desempenho (Tabela 9).

Além disso, os resultados podem estar associados a impressões subjetivas dos clientes em relação a meta a ser alcançada, tais como a melhoria das perspectivas, confiança, esperança, diversão, auto-eficácia, sustentabilidade das ocupações valorizadas, resiliência e bem-estar percebido. Um exemplo de resultado subjetivo de intervenção é a maior percepção dos pais sobre sua paternidade através

de uma nova compreensão do comportamento de seu filho após receber serviços de terapia ocupacional (Cohn, 2001; Cohn, Miller, & Tickle-Degnen, 2000; Graham, Rodger, & Ziviani, 2013).

As intervenções também podem ser projetadas para cuidadores de pessoas com demência com o intuito de melhorar a qualidade de vida tanto de quem recebe o cuidado quanto do cuidador. Os cuidadores que receberam intervenção relataram menor perda no desempenho ocupacional, reforço na maestria e habilidade, maior senso de auto-eficácia e bem-estar, além de menor necessidade de ajuda para dispensar o cuidado (Gitlin & Corcoran, 2005; Gitlin, Corcoran, Inverno, Boyce, & Hauck, 2001; Gitlin et al., 2003, 2008; Graff et al., 2007).

Resultados para grupos podem incluir melhora na interação social, aumento da auto-consciência através do apoio, uma maior rede social ou o aumento da produtividade no local de trabalho com menos lesões. Os resultados para as populações podem incluir a promoção da saúde, da justiça ocupacional e auto-advocacia, assim como acesso a serviços. O impacto dos resultados e a forma como eles são definidos são específicos para os clientes e para outras partes interessadas, tais como os contribuintes e reguladores. Os resultados e a documentação desses resultados específicos variam de acordo com o local da prática e são influenciados pelas partes interessadas em cada configuração.

O foco nos resultados é tecido ao longo do processo de terapia ocupacional. Terapeutas ocupacionais e clientes colaboram durante a avaliação para identificar resultados iniciais do cliente relacionados ao envolvimento em ocupações valorizadas ou atividades de vida diária. Durante a implementação e reavaliação da intervenção, os clientes, terapeutas ocupacionais, e, quando apropriado, os assistentes de terapia ocupacional podem modificar os resultados para acomodar as mudanças necessárias, os contextos e as habilidades de desempenho. A medida que análises mais aprofundadas sobre o desempenho ocupacional e sobre o desenvolvimento do plano de intervenção ocorrem, terapeutas e clientes podem redefinir os resultados desejados.

A implementação do processo de resultados inclui os seguintes passos:

1. Seleção dos tipos de resultados e medidas, incluindo, mas não limitando o desempenho ocupacional, prevenção, saúde, qualidade de vida, participação, competência papel, bem-estar e justiça ocupacional (ver Tabela 9).

As medidas dos resultados devem ser:

- Selecionadas no início do processo de intervenção (ver sessão sobre “Processo de

- Avaliação”);
 - Válidas, confiáveis e com sensibilidade adequada para detectar as mudanças no desempenho ocupacional dos clientes;
 - Consistentes com os resultados alvo;
 - Congruentes com os objetivos dos clientes;
 - e
 - Seleccionadas com base na sua capacidade real ou suposta para prever resultados futuros.
2. Usando os resultados para medir o progresso e ajustar metas e intervenções através de

- Comparação do progresso em direção a realização do objetivo para resultados ao longo do processo de intervenção e
- Avaliação do uso dos resultados para tomada de decisões sobre a direção futura da intervenção (por exemplo, prosseguir, modificar ou interromper intervenção, fornecer acompanhamento, encaminhar para outros serviços).

Os resultados e outros aspectos do processo de terapia ocupacional encontram-se resumidos no Quadro 3.

Quadro 3 - Operacionalização do Processo de Terapia Ocupacional

Avaliação		Intervenção			Resultados Alvo
Perfil Ocupacional	Análise do Desempenho Ocupacional	Plano de Intervenção	Implementação da Intervenção	Revisão da Intervenção	Resultados
Identificar o seguinte: • Por que o cliente solicita o serviço, e quais são as preocupações atuais do cliente em relação ao envolvimento em atividades e ocupações? • Em quais ocupações o cliente se sente bem sucedido, e quais barreiras estão afetando o seu sucesso? • Que aspectos dos contextos ou ambientes o cliente vê como facilitador e barreira no envolvimento em ocupações desejadas? • Qual é a história ocupacional do cliente? • Quais são os valores e os interesses do cliente? • Quais são os papéis da vida diária do cliente? • Quais são os padrões do cliente de envolvimento em ocupações, e como eles mudaram ao longo do tempo? • Quais são as prioridades do cliente e os resultados desejados com relação ao desempenho ocupacional, à prevenção, participação, na competência de papéis, à saúde, qualidade de vida, bem-estar e da justiça ocupacional?	• Sintetizar as informações do perfil ocupacional para focar em ocupações e contextos específicos. • Observar o desempenho do cliente durante as atividades relevantes para as ocupações desejadas. • Seleccionar e utilizar as avaliações específicas para identificar e medir os contextos ou ambientes, a atividade e as exigências da ocupação, os fatores do cliente e as habilidades de desempenho e padrões. • Seleccionar medidas de resultados. • Interpretar dados de avaliação para identificar facilitadores e barreiras para o desempenho. • Desenvolver e refinar hipóteses sobre os pontos fortes do desempenho ocupacional do cliente. e suas limitações • Criação de metas em colaboração com o cliente que contemplem os resultados desejados. • Determinar procedimentos para medir os resultados da intervenção. • Delinear uma intervenção potencial com base nas melhores práticas e evidências disponíveis.	1. Desenvolver o plano, que envolve a seleção de: • Metas e objetivos mensuráveis focados na ocupação, além de prazos estabelecidos; • Abordagem ou abordagens de intervenção de terapia ocupacional, tais como criar ou promover, estabelecer ou restaurar, manter, modificar ou prevenir; e • Métodos para a prestação de serviços, incluindo quem irá fornecer a intervenção, os tipos de intervenções, e modelos de prestação de serviços. 2. Considerar potenciais mudanças nas necessidades e planos. 3. Fazer recomendações ou encaminhamentos para outros profissionais quando necessário.	1. Determinar e executar a(s) intervenção(ões) terapêutica(s) ocupacional(is) a ser(em) utilizada(s) que podem incluir: • O uso terapêutico de ocupações e atividades • métodos e tarefas preparatórias • Educação e treinamento • Advocacia • Intervenções em grupo 2. Monitorar a resposta do cliente através de avaliação e reavaliação em curso.	1. Reavaliar o plano e a implementação em relação à obtenção de resultados. 2. Modificar o plano conforme a demanda. 3. Determinar a necessidade de continuação ou interrupção dos serviços de terapia ocupacional e de encaminhamento.	1. No início do processo de intervenção, selecionar resultados e medidas que sejam • válida, confiáveis, sensíveis a mudanças, e consistentes com os resultados • congruentes com os objetivos do cliente • Baseados em sua capacidade real ou suposta de prever resultados futuros 2. Aplicar os resultados para avaliar o progresso e ajustar metas e intervenções. • Comparar o progresso em direção ao alcance do objetivo dos resultados ao longo do processo de intervenção. • Avaliar a utilidade dos resultados para tomar decisões sobre o futuro direcionamento da intervenção.
Continua renegociação dos planos de intervenção e dos resultados alvo. Interação constante entre avaliação, intervenção e resultados ocorre ao longo do processo.					

Conclusão

A *Estrutura* descreve os conceitos centrais que fundamentam a prática da terapia ocupacional e constrói um entendimento comum sobre os princípios básicos e a contribuição singular da profissão. O domínio e o processo da terapia ocupacional estão intimamente ligados em uma relação transacional, como ilustrado na Figura 3. A

compreensão desta relação apoia e orienta a complexa tomada de decisão exigida na prática diária da terapia ocupacional e aumenta a capacidade dos profissionais para definir as razões para as intervenções diretas a clientes (pessoas, grupos e populações), familiares, membros da equipe, pagadores e os formuladores de políticas. A *Estrutura* destaca o valor distinto da ocupação e terapia ocupacional, contribuindo para a saúde, bem-estar e participação do cliente.

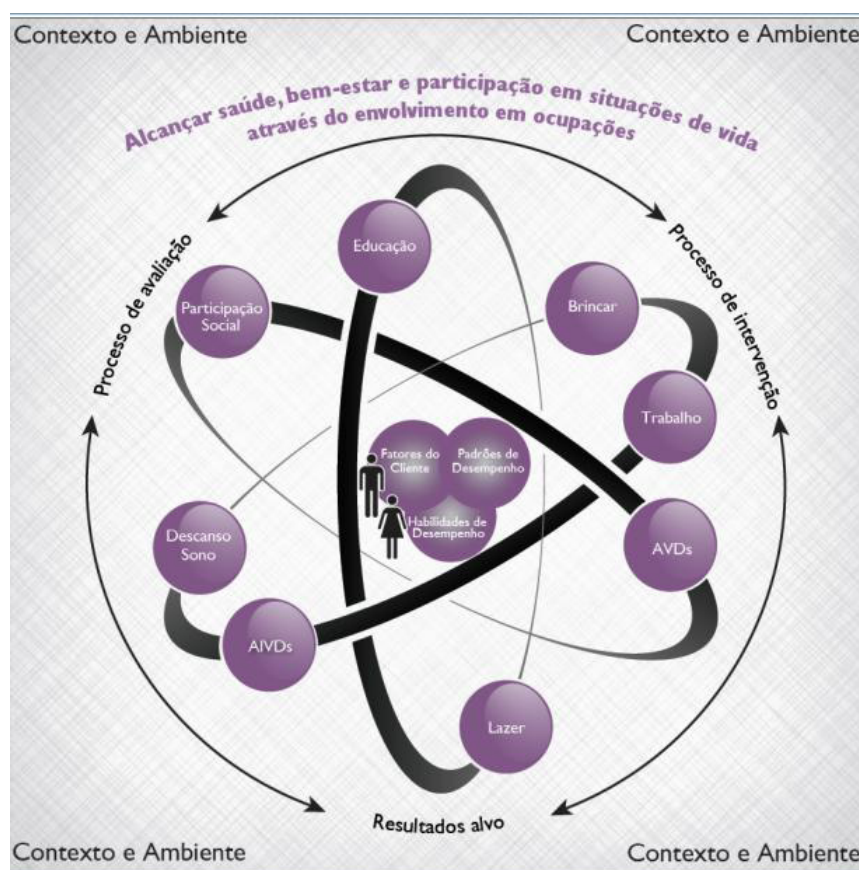


Tabela 1 - Ocupação

Ocupação são os vários tipos de atividades cotidianas nas quais indivíduos, grupos ou populações se envolvem, incluindo AVD, AIVD, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer, e participação social.

Categoria	Descrição
■ ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDs) – Atividades orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo (adaptado de Rogers & Holm, 1994). AVD também é chamada como <i>atividade básica da vida diária (ABVD)</i> e <i>atividades pessoais da vida diária (APVD)</i>. Estas atividades são “fundamentais para viver no mundo social; elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar” (Christiansen & Hammecker, 2001, p.156).	

Banhar, e tomar banho no chuveiro

Obter e usar utensílios; ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo; manter-se na posição de banho; transferência de e para posições de banho.

Continua

Continuação

Categoria	Descrição
Usar vaso sanitário e realizar higiene íntima	Obter e usar utensílios, cuidado com roupas, manutenção da posição no vaso, transferência de e para o vaso sanitário, limpeza do corpo, cuidados menstruais e necessidades com a continência (incluindo catéter, colostomia e uso de supositório), bem como controle intencional do intestino e urinário e, se necessário, utilizar equipamentos ou agentes para o controle da bexiga (Uniform Data System For Medical Rehabilitation, 1996, pp. III-20, III-24)
Vestir	Selecionar roupas e acessórios de acordo com a hora do dia, com 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 colocar e retirar dispositivos pessoais, próteses ou órteses.
Deglutir / comer	Manter e manipular alimento ou líquido na boca e engolir; “engolir” é mover o alimento da boca ao estômago.
Alimentar	Colocar, arranjar e trazer a comida (ou líquido) do prato ou copo até a boca, algumas vezes nomeado <i>auto-alimentação</i>
Mobilidade funcional	Mover-se de uma posição ou lugar para outro (durante o desempenho de atividades diárias), como mobilidade na cama, mobilidade na cadeira de rodas, e transferências (por exemplo, cadeira de rodas, cama, carro, chuveiro, vaso sanitário, banheira, cadeira, piso). 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, a aparelho de medida de índice glicêmico e dispositivos sexuais e contraceptivos.
Higiene pessoal e (*)‘grooming’ <i>Nota tradutores: (*) cuidado com corpo, pelos, unha, dentes.</i>	Obter e usar utensílios; remover pelos 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 órteses e próteses dentárias.
Atividade sexual	Envolver-se em atividades que proporcionam satisfação sexual e / ou satisfazer as necessidades relacionais ou reprodutivas.
■ ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs) – Atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas que as utilizadas nas AVDs.	
Cuidar de outros (incluindo seleção e supervisão de cuidadores)	Organizar, supervisionar ou fornecer cuidado para outros.
Cuidar de animais	Organizar, supervisionar ou prestar cuidados a animais de estimação e animais de serviço.
Educar criança	Fornecer cuidado e supervisão necessários ao 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 (celulares ou smartphones), teclados, gravador áudio-visual, computadores ou tablets, pranchas de comunicação, luzes de chamada, sistemas de emergência, escrita em Braille, dispositivos de telecomunicação para surdos, sistema de comunicação aumentativa e assistente pessoal digital
Dirigir e mobilidade na comunidade	Planejar-se e mover-se na comunidade e usar o transporte público ou privado, como dirigir, caminhar, andar de bicicleta ou acessar e locomover-se através de ônibus, táxis ou outros sistemas de transporte
Gerenciamento financeiro	Usar recursos fiscais, incluindo métodos alternativos de transação financeira, planejar e usar finanças com objetivos em curto 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, equipamentos, veículos), incluindo manutenção e reparação dos bens pessoais (vestuário e itens da casa) e saber como procurar ajuda ou com quem entrar em contato.

Continua

Continuação

Categoria	Descrição
Preparar refeições e limpeza	Planejar, preparar e servir de forma equilibrada refeições nutritivas e limpar alimentos e utensílios após as refeições.
Atividades e expressão religiosa e espiritual	Fazer parte de uma religião, □um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente” (Moreira-Almeida e Koenig, 2006, p. 844), e envolver-se em atividades que permitam uma sensação de conexão com algo maior que si mesmo ou especialmente significativo, tal como reservar momentos para brincar com uma criança, envolver-se em atividades na natureza, e ajudar os necessitados (Spencer, Davidson, & White, 1997).
Segurança e manutenção emergencial	Conhecer e realizar procedimentos preventivos para manter um ambiente seguro; reconhecer situações perigosas repentinas, inesperadas; e iniciar as ações de emergência para reduzir a ameaça à saúde e segurança; exemplos incluem garantir a segurança ao entrar e sair da casa, identificar os números de contato de emergência e substituir itens como baterias de alarmes de fumaça e lâmpadas.
Fazer compras	Preparar listas de compras (mercearias e outros); seleção, compra e transporte de itens; selecionar formas de pagamento; e completar as transações com dinheiro; estão incluídas as compras pela Internet e uso de dispositivos eletrônicos relacionados, como computadores, telefones celulares e tablets.
■ DESCANSO E SONO – Atividades relacionadas à obtenção de descanso e sono reparadores para apoiar a saúde e o envolvimento ativo em outras ocupações.	
Descansar	Envolver-se em ações tranquilas e sem esforço que interrompem a atividade física e mental, resultando em um estado de relaxamento (Nurit & Michal, 2003, p 227.); está incluído a identificação da necessidade de relaxar; redução do nível de envolvimento em atividades físicas, mentais ou sociais; e envolver-se relaxamento ou outros esforços que restaurem a energia e a calma e renovem o interesse nesse envolvimento.
Preparação para o sono	(1) Envolvimento em prática de rotinas que preparam o indivíduo para um descanso confortável, tais como (*)‘grooming’ e despir-se, ler ou ouvir música para adormecer, dar boa noite ao próximo, e se envolver em meditação ou orações; determinar a hora do dia e o período desejado para dormir e o tempo necessário para acordar; e estabelecer padrões de sono condizentes com o desenvolvimento e saúde (padrões são muitas vezes pessoalmente e culturalmente determinados). (2) A preparação do ambiente físico para períodos de inconsciência, como fazer a cama ou preparar espaço para dormir; garantindo proteção contra o calor ou frio; definir um despertador; garantir segurança da casa, como trancar portas ou fechar as janelas ou cortinas; e desligar equipamentos eletrônicos ou luzes.
<i>Nota tradutores:</i> (*) cuidado com corpo, pelos, unha, dentes.	
Participação no sono	Cuidar das necessidades pessoais para o sono, como diminuir as atividades para garantir o início do sono, dormir e sonhar; manter um estado de sono sem interrupção; e realização de cuidados noturnos como uso do vaso sanitário e hidratação; inclui também a negociação das necessidades de interagir e exigências de outros dentro do ambiente social, como crianças ou parceiros, incluindo a prestação de cuidados noturnos, como o aleitamento materno e acompanhamento do conforto e segurança de outras pessoas que estão dormindo.
■ EDUCAÇÃO – Atividades necessárias para a aprendizagem e participação no ambiente educacional.	
Participação na educação formal	Participação em atividades educacionais no meio acadêmico (por exemplo, matemática, leitura, obtenção de grau), não acadêmico (por exemplo, o recreio, refeitório, corredor), extracurricular (por exemplo, esportes, banda, animação de torcida, danças) e atividades vocacionais (pré-vocacional e vocacional).
Exploração das necessidades ou interesses pessoais em educação informal (além da educação formal)	Identificação de temas e métodos para obter informações ou habilidades relacionadas.
Participação na educação pessoal informal	Participar de aulas informais, programas e atividades que proporcionam instrução ou formação em áreas identificadas como de interesse.
■ TRABALHO – “Trabalho ou esforço; de fazer, construir, fabricar, dar forma, moldar ou modelar objetos; para organizar, planejar ou avaliar serviços ou processos de vida ou de governo; ocupações comprometidas que são executadas com ou sem recompensa financeira. (Christiansen & Townsend, 2010, p. 423).	

Continua

Continuação

Categoria	Descrição
Interesse e busca por emprego	Identificação e seleção de oportunidades de trabalho com base em bens, limitações, gostos e antipatias em relação ao trabalho (adaptado de Mosey, 1996, p. 342)
Procura e aquisição de emprego	Auto-advocacia; completar, submeter e rever os materiais adequados de inscrição; preparar-se para entrevistas; participar de entrevistas e manter acompanhamento posterior; discutir benefícios no trabalho e finalizar negociações.
Desempenho no trabalho	Desempenhar as exigências do trabalho, que inclui padrões e habilidades no trabalho; gerenciamento do tempo; relacionamentos com colegas de trabalho, gerentes e clientes; liderança e supervisão; criação, produção e distribuição de produtos e serviços; iniciação, manutenção e conclusão dos trabalhos; e em conformidade com as normas e procedimentos do trabalho
Adequação e preparação para a aposentadoria	Determinar aptidões, desenvolver interesses e habilidades, selecionar atividades não profissionais adequadas e ajustar o estilo de vida na ausência do papel de trabalhador.
Explorar trabalho voluntário	Determinar causas comunitárias, organizações ou oportunidades de trabalho não remunerado relacionadas a habilidades pessoais, interesses, localização e tempo disponível.
Participação em voluntariado	Desempenhar atividades de trabalho não remunerado em 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 lúdicas apropriadas, incluindo brincar exploratório, a prática de brincar, o brincar intencional, jogos com regras, brincar construtivo e o brincar simbólico (adaptado de Bergen, 1988, pp. 64-65).
Participação no brincar	Participar no brincar; manter um equilíbrio entre brincar e as outras ocupações; e obter, utilizar e manter brinquedos, equipamentos e utensílios apropriadamente.
■ LAZER – “Atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e realizada durante o tempo livre, ou seja, o tempo não comprometido com ocupações obrigatórias, tais como trabalho, autocuidado ou sono. (Parham & Fazio, 1997, p. 250).	
Exploração do lazer	Identificação de interesses, habilidades, oportunidades e atividades de lazer apropriada.
Participação no Lazer	Planejar e participar de atividades de lazer apropriadas; manter um equilíbrio entre atividades de lazer e outras ocupações; e obter, utilizar e manter equipamentos e acessórios de forma apropriada.
■ PARTICIPAÇÃO SOCIAL – “A inter-relação de ocupações para apoiar o envolvimento desejado em atividades comunitárias e familiares, bem como aquelas que envolvem pares e amigos” (Gillen e Boyt Schell, 2014, p 607.); envolvimento em um subconjunto de atividades que envolvem situações sociais com os outros (Bedell, 2012) e de suporte social interdependente (Magasi & Hammel, 2004). A participação social pode ocorrer pessoalmente ou por meio de tecnologias remotas, tais como telefonemas, interação com o computador e videoconferência.	
Comunidade	Envolver-se em atividades que resultam em interação bem-sucedida ao nível da comunidade (por exemplo, vizinhança, organização, local de trabalho, escola, grupo religioso ou espiritual).
Família	Envolver-se em atividades que resultam em “interação bem-sucedida em papéis familiares específicos, necessários e/ou desejados” (Mosey, 1996, p. 340).
Pares, amigos	Envolver-se em atividades com diferentes níveis de interação e intimidade, incluindo envolver-se em atividade sexual desejada.

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 influenciam o desempenho do mesmo em ocupações.

■ VALORES, CRENÇAS E ESPIRITUALIDADE – Percepções dos clientes, motivações e significados relacionados que influenciam ou são influenciados pelo envolvimento em ocupações.	
Categoria e Definição	Exemplos
Valores - Crenças e obrigações adquiridas, derivadas da cultura, sobre o que é bom, correto e importante para fazer (Kielhofner, 2008)	<i>Pessoa:</i> - Honestidade consigo mesma e com os outros - Compromisso com a família <i>Grupo:</i> - Obrigações em servir a comunidade - Senso de justiça <i>População:</i> - Liberdade de expressão - Igualdade de oportunidades para todos - Tolerância em relação aos outros
Crenças - Conteúdo cognitivo tido como verdade por ou sobre o cliente	<i>Pessoa:</i> - Uma não tem poder para influenciar o outro - O trabalho pesado compensa <i>Grupo e população:</i> - Vale a pena lutar por alguns direitos pessoais - Uma nova política de assistência à saúde, ainda não testada afetará positivamente a sociedade.
Espiritualidade – “O aspecto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos procuram e expressam significado e propósito e a maneira como eles experimentam a sua conexão com o momento, consigo mesmo, com os outros, com a natureza, com o que é significativo ou sagrado” (Puchalski et al., 2009, p. 887)	<i>Pessoa:</i> - Busca diária por propósitos e significados da própria vida - Orientações de ações por um senso de valor para além de aquisições pessoais de riqueza ou fama <i>Grupo e população:</i> - Busca comum por propósito e significado na vida - Orientações de ações por valores acordados pelo coletivo
■ FUNÇÃO DO CORPO – “As funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). (WHO, 2001, p. 10). Esta seção da tabela é organizada de acordo com as classificações da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); para descrições e definições mais completas, consulte a OMS (2001).	
Categoria	Descrição (não é uma lista completa)
Funções Mentais (afetiva, cognitiva, perceptual)	
Funções Mentais Específicas	
Alto Nível Cognitivo	Julgamento, formação de conceitos, a meta-cognição, funções executivas, prática, flexibilidade cognitiva, <i>insight</i> .
Atenção	Atenção sustentada, seletiva e dividida, concentração, distração
Memória	Memória a curto-prazo, longo-prazo e de trabalho.
Percepção	Discriminação de sensações (por exemplo, auditiva, tátil, visual, olfativa, gustativa, vestibular, proprioceptiva).
Pensamento	Conteúdo e controle do pensamento, consciência da realidade <i>versus</i> delírios, lógica e pensamento coerente.
Função mental para o sequenciamento de movimentos complexos	Funções mentais que regulam a velocidade, resposta, qualidade e tempo de produção motora, tais como inquietação, bater de pés ou torcer a mão em resposta a tensão interna.
Emocional	Regulação da variação das emoções; adequação de emoções, incluindo raiva, amor, tensão e ansiedade; labilidade emocional.
Experiência de si e do tempo	Consciência da própria identidade, do corpo, e posição da realidade em ambiente e tempo próprios.
Funções Mentais Globais	
Consciência	Estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e a continuidade do estado de vigília.

Continua

Continuação

Categoria	Descrição (não é uma lista completa)
Orientação	Orientação para pessoa, lugar, tempo, para si mesmo e para os outros.
Temperamento e Personalidade	Extroversão, introversão, amabilidade, consciência, estabilidade emocional, abertura a experiências, autocontrole, auto expressão, confiança, motivação, controle de impulso, apetite.
Energia e Disposição	Nível de energia, motivação, apetite, desejo, controle de impulsos.
Sono	Processo fisiológico, qualidade do sono.
Funções Sensoriais	
Função Visual	Qualidade da visão, acuidade visual, estabilidade visual, e funções do campo visual para promover a consciência visual do ambiente em várias distâncias visando à funcionalidade.
Função Auditiva	Deteção e discriminação do som; consciência da localização e da distância dos sons.
Função Vestibular	Sensação relacionada à posição, ao equilíbrio e à segurança do movimento contra a gravidade.
Função Gustativa	Associação das qualidades gustativas como amargo, doce, ácido, e salgado.
Função Olfativa	Sensação de odores e cheiros.
Função Proprioceptiva	Consciência da posição do corpo e do espaço.
Função Tátil	Sensação de ser tocado por outras pessoas ou por várias texturas, como a dos alimentos; presença de dormência, parestesia, hiperestesia.
Dor (ex. difusa, localizada, aguda e fantasma)	Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo; sensações de dor generalizada ou localizada (por exemplo, difusa, localizada, aguda e fantasma).
Sensibilidade para temperatura e pressão	Consciência térmica (quente e fria), a sensação da força aplicada à pele.
Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento	
Funções articulares e ósseas	
Mobilidade articular	Amplitude de movimento articular
Estabilidade articular	Manutenção da integridade estrutural das articulações de todo o corpo; estabilidade fisiológica das articulações relacionada com a integridade estrutural.
Funções musculares	
Força muscular	Força.
Tônus muscular	Grau de tensão muscular (por exemplo, flacidez, espasticidade, flutuação).
Resistência muscular	Sustentação da contração muscular.
Funções do movimento	
Reflexos motores	Contração involuntária dos músculos induzida automaticamente por estímulos específicos (por exemplo, alongamento, reflexo tônico cervical assimétrico e simétrico).
Reações de movimentos involuntários	Reações posturais, reações de ajuste corporal, reações de apoio.
Controle do movimento voluntário	Coordenação olho-mão e olho-pé, integração bilateral, cruzamento da linha média, controle motor fino e grosseiro, função óculo-motora (por exemplo, movimentos sacádicos, alcance, acomodação e binocularidade).
Padrões de marcha	Marcha e mobilidade consideradas em relação à forma como estas afetam a capacidade de envolvimento em ocupações nas atividades de vida diária; por exemplo, padrões de marcha e deficiências, marcha assimétrica, marcha rígida.
Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório.	
(Nota. Profissionais da terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e compreendem amplamente a interação que ocorre entre estas funções para proporcionar saúde, bem-estar e participação na vida por meio do envolvimento em ocupações).	
Função do sistema cardiovascular, hematológico e imunológico	Manutenção das funções da pressão arterial (hipertensão, hipotensão, hipotensão postural), frequência e batimento cardíaco.
Função do sistema respiratório	Frequência, ritmo e profundidade da respiração.
Funções e sensações adicionais dos sistemas cardiovascular e respiratório	Resistência física, capacidade aeróbica, vigor, fadiga.
Funções da voz e fala; funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino; funções geniturinárias e reprodutivas.	
(Nota. Profissionais da terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e compreendem amplamente a interação que ocorre entre estas funções para proporcionar saúde, bem-estar e participação na vida por meio do envolvimento em ocupações).	

Continua

Continuação

Categoria	Descrição (não é uma lista completa)
Funções da voz e fala	Fluência e ritmo, funções de vocalização alternativas.
Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino.	Funções do sistema digestivo, sistema metabólico e funções do sistema endócrino.
Funções geniturinárias e reprodutivas	Funções urinárias, funções genitais e reprodutivas.
Função da Pele e Estruturas relacionadas (Nota. Profissionais da terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e compreendem amplamente a interação que ocorre entre estas funções para proporcionar saúde, bem-estar e participação na vida por meio do envolvimento em ocupações).	
Funções da pele, do cabelo e da unha	Proteção (presença ou ausência de feridas, cortes ou esfoliações), reparação (cicatrização)
■ ESTRUTURAS DO CORPO – “partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes” que proporcionam a função do corpo (WHO, 2001, p 10.). A seção “Estruturas do Corpo” da tabela é organizada de acordo com as classificações da CIF; para descrições e definições mais completas, consulte a OMS (2001).	
Categoria	Exemplos não delineados na seção “estruturas do corpo” desta tabela
Estrutura do sistema nervoso Olhos, ouvidos e estruturas relacionadas Estruturas envolvidas na voz e na fala Estruturas dos sistemas cardiovascular, imunológico e respiratório Estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino Estruturas relacionadas aos sistemas geniturinário e reprodutivo Estruturas relacionadas ao movimento Estruturas da pele e afins	
(Nota. Profissionais da terapia ocupacional têm conhecimento dessas funções do corpo e compreendem amplamente a interação que ocorre entre estas funções para proporcionar saúde, bem-estar e participação na vida por meio do envolvimento em ocupações).	

Nota. A categorização dos fatores dos clientes “função do corpo” e “estrutura do corpo” descritas na Tabela 2 é baseada na CIF proposta pela OMS (2001). Esta classificação foi selecionada porque recebeu ampla exposição e apresenta uma linguagem compreensível ao público externo. OMS = Organização Mundial da Saúde.

Tabela 3 - Habilidades de desempenho

Habilidades de desempenho são elementos observáveis de ação que têm um propósito funcional implícito; habilidades são consideradas uma classificação das ações, abrangendo múltiplas capacidades (funções do corpo e estruturas do corpo) e, quando combinadas, são a base da capacidade de participar em ocupações e atividades desejadas. Esta lista não é conclusiva e pode não incluir todas as habilidades possíveis abordadas durante as intervenções de terapia ocupacional.

Habilidade	Definição
■ HABILIDADES MOTORAS – “Habilidades de desempenho ocupacional observadas enquanto a pessoa interage com e movimentar objetos e se movimentar em um ambiente no qual a tarefa é realizada” (por exemplo, habilidades motoras para atividades de vida diária [AVD] e habilidades motoras escolares; Boyt Schell, Gillen, e Scaffa, 2014A, p 1237).	
Alinhamento	Interação com objetos, sem evidenciar sustentação ou inclinação persistente.
Estabilidade	Mobilidade no ambiente e interação com objetos, sem apoio momentâneo ou perda de equilíbrio.
Posicionamento	Posicionar-se a uma distância adequada dos objetos da tarefa e sem evidenciar posicionamento inadequado do corpo.
Alcance	Extensão do braço de forma efetiva e, quando necessário, inclinação do tronco para agarrar ou colocar objetos que estão em um local fora do alcance.
Inclinar	Flexão ou rotação do tronco de forma apropriada para realizar a tarefa de agarrar ou colocar objetos que estão fora do alcance ou quando sentado.
Preensão	Apreender efetivamente com pinça ou preensão os objetos de tal forma que não escorreguem (por exemplo, dos dedos da pessoa, entre os dentes).
Manipulação	Utilizar movimentos de destreza dos dedos, sem evidência de falta de coordenação, ao manipular objetos (por exemplo, manipular botões quando abotoando).
Coordenação	Uso de duas ou mais partes do corpo em conjunto para manipular, segurar e/ou estabilizar objetos, sem evidências de falta de coordenação e sem deixar escorregar objetos da mão.
Mover	Empurrar ou puxar objetos de forma efetiva ao longo de uma superfície de apoio, puxar para abrir ou empurrar para fechar portas e gavetas, ou empurrar uma cadeira de rodas para impulsionar.

Continua

Continuação

Habilidade	Definição
Sustentação	Levantar ou elevar objetos de forma efetiva e sem evidência de aumento do esforço.
Caminhada	Durante a execução de tarefas, caminhar em superfícies planas sem desequilíbrio, instabilidade, apoio ou uso de dispositivos de mobilidade.
Transporte	Transportar objetos da tarefa de um lugar para outro, enquanto anda ou se movimenta em uma cadeira de rodas.
Calibração Refinamento	Utilizar movimentos com força, velocidade ou amplitude apropriadas durante interação com objetos (por exemplo, sem danificar objetos, empurrando uma porta com força suficiente para que se feche).
Fluidez	Uso de movimentos suaves e fluidos de braço e punho, durante interação com objetos.
Resistência	Persistir e concluir a tarefa sem mostrar evidência óbvia de fadiga física, sem pausa para descanso ou recuperação do fôlego.
Ritmo	Manter uma taxa ou ritmo de desempenho consistente e eficaz ao longo de toda a tarefa.
■ HABILIDADES PROCESSUAIS – “habilidades de desempenho ocupacional [por exemplo, habilidades processuais para as AVD, habilidades escolares processuais] observando como uma pessoa (1) seleciona, interage e usa ferramentas e materiais das tarefas e; (2) desenvolve ações individuais e etapas; e (3) modifica o desempenho quando forem encontrados problemas” (Boyt Schell et al., 2014A, p. 1.239).	
Ritmo	Manter uma taxa ou ritmo de desempenho consistente e eficaz ao longo de toda a tarefa.
Foco	Manter a execução da atividade sem dispersão ou interrupção enquanto está sendo desenvolvida
Atenção	Realizar e completar a tarefa inicialmente proposta ou determinado por outro
Escolhas	Selecionar o tipo e o número de ferramentas e materiais necessários e adequados para a tarefa, incluindo as ferramentas e os materiais que a pessoa foi orientada a utilizar ou os especificados que usaria.
Aplicabilidade	Aplicação das ferramentas e dos materiais segundo sua utilidade (por exemplo, utilizar um apontador para um lápis, mas não para apontar um giz de cera) e de forma higiênica.
Manipulação	Segurar ou estabilizar ferramentas e materiais de forma apropriada, protegendo-os de danificação, deslize, movimento ou queda.
Indagação	(1) Buscar informações necessárias de forma verbal ou escrita, fazendo perguntas ou lendo instruções ou rótulos e (2) não pedir informações quando ele ou ela for totalmente orientado para a tarefa e para o ambiente e tinha conhecimento <i>a priori</i> da resposta.
Iniciativa	Inicia ou começa a próxima ação ou passo sem hesitação.
Continuidade	Executar ações individuais ou etapas de atividades sem interrupções, uma vez que a ação ou tarefa é iniciada, a pessoa continua sem pausas ou atrasos até que a ação ou etapa seja concluída.
Sequenciamento	Realizar passos em uma ordem eficaz ou lógica e com ausência de (1) aleatoriedade ou falta de lógica na ordenação e (2) repetição dos passos inadequados
Finalização	Concluir ações ou etapas individuais sem persistência inapropriada ou finalização prematura.
Busca/Localização	Procura e localiza ferramentas e materiais de uma maneira lógica, dentro e fora do ambiente próximo
Reunir	Recolhe ferramentas e materiais relacionados no mesmo espaço de trabalho e organiza ferramentas ou materiais que tenham caído, sido derramados ou perdidos.
Organização	Posiciona de forma lógica ou organiza espacialmente ferramentas e materiais de forma ordenada dentro de um único ambiente e entre múltiplos espaços adequados de trabalho, de modo que o espaço de trabalho não fique muito vazio ou cheio.
Restabelecer	Guardar ferramentas e materiais em locais apropriados e garante que o espaço de trabalho ao redor seja mantido em seu estado original.
Deslocamento	Movimentar o braço, corpo, ou cadeira de rodas sem esbarrar em obstáculos quando se desloca no ambiente de trabalho ou ao interagir com objetos.
Recados/respostas	Responde apropriadamente a (1) pistas não verbais relacionadas à tarefa (por exemplo, calor, movimento), (2) o arranjo espacial e alinhamento, de objetos da tarefa em relação ao outro, e (3) portas dos armários e gavetas deixadas abertas durante a execução das tarefas.
Ajustamento	Efetivamente (1) vai para novos espaços de trabalho; (2) move ferramentas e materiais para fora do espaço de trabalho habitual; e (3) ajusta botões, telas, ou torneiras de água para contornar problemas em curso durante o desempenho da tarefa.
Acomodação	Impede o desempenho ineficiente de tarefas.
Benefícios	Impede que problemas relacionados ao desempenho da tarefa sejam recorrentes ou persistentes.
■ HABILIDADES DE INTERAÇÃO SOCIAL – “Habilidades de desempenho ocupacional observadas durante o fluxo contínuo de trocas sociais” (Boyt Schell et al, 2014A, p 1241).	
Abordagem/início	Aborda ou inicia interação com o parceiro social, de uma maneira socialmente apropriada.
Conclusão/finalização	Efetivamente termina a conversa ou interação social, conclui o assunto discutido e desconecta-se ou se despede.
Produção de discurso	Produz mensagens faladas, escritas ou suplementares (por exemplo, gerada por computador) que são audíveis e claramente articuladas.
Gesticulação	Usa gestos socialmente adequados para se comunicar ou reforçar uma mensagem.

Continua

Continuação

Habilidade	Definição
Fala fluente	Fala de maneira fluente e contínua, em ritmo regular (não muito rápido ou muito lento), sem pausas ou atraso enquanto a mensagem está sendo transmitida.
Movimento durante interação	Ativamente se posiciona ou vira o corpo e a face para o parceiro durante a interação social.
Olhar	Faz contato visual com o parceiro social.
Auto posicionamento	Se posicionar a uma distância adequada do parceiro durante a interação social.
Toques	Responde a toques e utiliza o toque ou contato corporal com o parceiro social de uma maneira socialmente apropriada.
Regulação	Não demonstra comportamentos que sejam irrelevantes, repetitivos ou impulsivos e que não fazem parte da interação social.
Questionamentos	Solicita fatos ou informações relevantes e faz perguntas que objetivam manter os propósitos da interação social.
Replicar	Mantém conversa respondendo adequadamente a questionamentos e comentários.
Desenvoltura	Revela opiniões, sentimentos e informações particulares sobre si ou sobre outros de uma maneira que é socialmente apropriada.
Expressão de emoções	Demonstra afeto e emoções de uma forma que seja socialmente apropriada.
Discordância	Expressa diferenças de opinião de forma socialmente adequada.
Agradecimento	Usa palavras ou gestos apropriados para agradecer serviços, presentes ou elogios.
Transição	Administra transições na conversa ou muda o tema de forma serena, sem interromper a conversa em curso.
Tempo de resposta	Responde às mensagens sociais sem demora ou hesitação e sem interromper o parceiro social.
Tempo de duração	Fala por período necessário considerando a complexidade da mensagem que está sendo transmitida.
Revezamento	Usa sua oportunidade de fala e dá ao parceiro social a liberdade de também se manifestar.
Jogo de linguagem	Usa o tom de voz, dialeto e nível de linguagem de forma socialmente adequada e adaptada às capacidades e nível de compreensão do parceiro social.
Esclarecimento	Responde a gestos ou mensagens verbais sinalizando que o parceiro social não capta ou não entende a mensagem e se assegura que o parceiro social esteja acompanhando a conversa.
Reconhecimento e incentivo	Reconhece as mensagens recebidas, incentiva parceiro social a continuar a interação e incentiva todos os parceiros sociais a participarem da interação social.
Empatia	Exprime atitude de apoio em relação ao parceiro social, demonstrando concordância, empatia ou expressando conhecimento dos sentimentos e experiências dos parceiros sociais.
Prestar Atenção	Mantém interações sociais dirigidas a objetivos focados em efetivar e concluir a finalidade do convívio social.
Apropriação	Prevê interações sociais ineficazes ou socialmente inadequadas.
Benefícios	Evita que problemas com interação social ineficaz ou socialmente inadequada recorram ou persistam.

Fonte. De "Performance Skills: Implementing Performance Analyses to Evaluate Quality of Occupational Performance," In: A. G. Fisher e L. A. Griswold, in Willard and Spackman's Occupational Therapy (12ed., pp.252-254), In: B. A. B. Schell, G. Gillen, M. E. Scaffa, and E. S. Cohn (Eds.), 2014, Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; <http://lww.com>. Copyright © 2014 by Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Adaptada com permissão.

Tabela 4 - Padrões de desempenho

Padrões de desempenho são os *hábitos, rotinas, funções e rituais utilizados no processo de se envolver em ocupações ou atividades; estes padrões podem ser barreiras ou facilitadores do desempenho ocupacional.*

Categoria	Descrição	Exemplo
■ PESSOA		
Hábitos	“Tendências adquiridas para responder e agir de maneira consistente em determinados ambientes ou situações familiares; comportamentos específicos, automáticos e realizados repetidamente, de forma relativamente automática e com pouca variação” (Boyt Schell, Gillen e Scaffa, 2014A, p. 1.234). Hábitos podem ser úteis, dominantes ou empobrecidos e podem apoiar ou interferir no desempenho de ocupações (Dunn, 2000).	• Coloca automaticamente as chaves do carro no mesmo lugar • Olha espontaneamente para ambos os lados antes de atravessar a rua • Sempre desliga as chamas do fogão antes de retirar a panela • Ativa o sistema de alarme antes de sair de casa

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Exemplo
Rotinas	Padrões de comportamento que são observáveis, regulares e repetitivos e que fornecem uma estrutura para a vida diária. Eles podem ser satisfatórios, promocionais ou prejudiciais. Rotinas exigem compromisso momentâneo de tempo e estão embutidas em um contexto cultural e ecológico (Fiese, 2007; Segal, 2004).	• Segue uma sequência matinal para usar o banheiro, tomar banho, cuidar da higiene e vestir-se • Segue uma sequência de passos envolvidos na preparação da refeição • Segue uma rotina diária de deixar as crianças na escola, ir para o trabalho, pegar as crianças na escola, fazer o trabalho de casa e fazer o jantar
Rituais	Ações simbólicas com significados sociais, culturais ou espirituais que contribuem para a identidade do cliente e para reforçar valores e crenças. Rituais têm um forte componente afetivo e representam uma coleção de eventos (Fiese et.al, 2002; Segal, 2004).	• Utilizar uma escova de cabelo antiga herdada e escovar o cabelo 100 vezes por noite, como a mãe fazia • Preparar refeições nos feriados com receitas favoritas ou tradicionais usando louça específica • Beijar um livro sagrado antes de abrir as páginas para ler • Frequentar um encontro espiritual em um determinado dia
Papéis	Conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e pelo contexto, que podem ser ainda mais conceituados e definidos pelo cliente.	• Mãe de um adolescente com alteração no desenvolvimento • Aluno com dificuldade de aprendizagem estudando informática • Retorno de um executivo para trabalhar após um acidente vascular cerebral
■ GRUPO OU POPULAÇÃO		
Rotinas	Padrões de comportamento que são observáveis, regulares e repetitivos e que fornecem a estrutura para a vida diária. Eles podem ser satisfatórios, promocionais ou prejudiciais. Rotinas exigem compromisso momentâneo de tempo e estão envolvidas em um contexto cultural e ecológico (Segal, 2004).	• Seguir práticas de saúde, como imunizações programadas para crianças e exames de saúde anuais para adultos • Seguir práticas de negócios, como a prestação de serviços às populações desfavorecidas (por exemplo, empréstimos a grupos sub-representados) • Seguir normas legislativas, tais como aquelas associados à educação (<i>With Disabilities Education Improvement Act of 2004</i> - Pub. L. 108-446 ou <i>Medicare</i>)
Rituais	Ações sociais compartilhadas com significado tradicional, emocional, intencional e tecnológico e que contribui para os valores e crenças dentro do grupo ou população.	• Seguir costumes sociais de saudações • Manter celebrações culturais • Realizar desfiles ou manifestações • Mostrar afiliações ou lealdades nacionais • Seguir as práticas religiosas, espirituais e culturais, tais como tocar o umbral usando água benta ao sair e entrar, ou orar voltado para Meca
Papéis	Conjuntos de comportamentos por parte do grupo ou população esperados pela sociedade e moldados pela cultura e contexto, que podem ser ainda mais conceituados e definidos pelo grupo ou população.	• Organização cívica sem fins lucrativos que oferece acomodação para as pessoas com doença mental • Organização humanitária que distribui doações de alimentos e roupas para refugiados • Organização estudantil em uma universidade que educa crianças do ensino fundamental sobre como prevenir o <i>bullying</i>

Tabela 5 - Contexto e ambiente

Contexto refere-se a uma variedade de condições interrelacionadas que influenciam e cercam o cliente. O contexto inclui o âmbito cultural, pessoal, temporal e virtual. O termo ambiente refere-se às condições físicas e sociais externas que cercam o cliente e nas quais ocorrem as ocupações da vida diária do cliente.

Categoria	Descrição	Exemplo
■ CONTEXTO		
Cultural	Costumes, crenças, padrões de atividade, expectativas e comportamentos padronizados aceitos pela sociedade da qual um cliente é membro. O contexto cultural influencia a identidade e as escolhas de atividade do cliente.	• Pessoa: uma pessoa entrega refeições no dia de ação de graça para indivíduos confinados em casa por doença ou condições crônicas • Grupo: trabalhadores usando roupas casuais na sexta-feira, marcando o fim da semana de trabalho • População: pessoas se reunindo para a sesta após o almoço ou tomando chá.
Pessoal	“Características do indivíduo que não são parte de sua condição ou estado de saúde” (WHO, 2001, p. 17). O contexto pessoal inclui a idade, gênero, status socioeconômico e nível educacional, podendo também incluir membros de grupo (por exemplo, voluntários, empregados) e participação da população (por exemplo, membros da sociedade).	• Pessoa: homem de 25 anos, desempregado, com diploma do ensino médio • Grupo: voluntários que trabalham em um abrigo • População: motoristas mais velhos aprendendo sobre as opções de mobilidade na comunidade
Temporal	O uso do tempo como forma de envolvimento em ocupações; os aspectos temporais da ocupação que “contribuem para os padrões de ocupações diárias” incluem “ritmo... tempo... sincronização... duração... e sequência” (Larson & Zemke, 2003, p 82; Zemke, 2004, p 610.). O contexto temporal inclui estágios da vida, hora do dia ou ano, duração e ritmo da atividade, além da história.	• Pessoa: uma pessoa que está aposentada do trabalho há 10 anos • Grupo: campanha anual de uma organização comunitária para angariar fundos • População: pessoas comemorando o Dia da Independência em 7 de setembro
Virtual	Ambiente no qual a comunicação ocorre por meio de rádio ou computadores e na ausência de contato físico. O contexto virtual inclui ambientes simulados, em tempo real ou tempo quase-real, como salas de bate-papo, e-mail, videoconferência ou transmissões de rádio; monitoramento remoto através de sensores sem fio; ou coleta de dados realizadas em computador.	• Pessoa: amigos que trocam mensagem de texto entre si • Grupo: membros que participam de uma videoconferência, conferência telefônica, mensagem instantânea ou utilizam quadro branco interativo • População: comunidade virtual de jogadores
■ AMBIENTE		
Físico	Ambiente não humano, natural ou construído e os objetos nele presentes. O ambiente natural inclui terreno geográfico, plantas e animais, bem como as informações sensoriais em seu redor. O ambiente construído inclui edifícios, mobiliário, ferramentas e dispositivos.	• Pessoa: casa ou apartamento de pessoa física • Grupo: prédio de escritórios ou fábrica • População: sistema de transporte
Social	Presença, relacionamentos e expectativas das pessoas, grupos ou populações com as quais os clientes têm contato. O ambiente social inclui a disponibilidade e as expectativas de pessoas significativas, como cônjuge, amigos e cuidadores; relacionamentos com indivíduos, grupos ou populações; e as relações com os sistemas (por exemplo, políticos, jurídicos, econômicos, institucionais) que influenciam as normas, expectativas de papéis e rotinas sociais.	• Pessoa: amigos, colegas • Grupo: estudantes de terapia ocupacional que realizam uma reunião de classe • População: pessoas influenciadas pelo governo de uma cidade

Nota: WHO = Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tabela 6 -Tipos de intervenções de terapia ocupacional

Categoria	Descrição	Exemplo
Tarefas preparatórias	Ações selecionadas e fornecidas ao cliente voltadas para fatores de clientes ou habilidades de desempenho específicas. Tarefas envolvem a participação ativa do cliente e, por vezes, incluem envolvimento no uso de diversos materiais para simular atividades ou componentes de ocupações. Tarefas preparatórias em si não possuem significado inerente, relevância ou utilidade percebida como entidades autônomas.	O cliente • Dobrar toalhas retiradas de um carrinho de roupa limpa visando a amplitude de movimento do ombro • Participar em ambiente sensorial estruturado (por exemplo, através do movimento, sensações táteis, perfumes) para promover um estado de alerta • Utilizar imagem visual e respiração rítmica para promover descanso e relaxamento • Realizar em casa um treinamento para condicionamento usando pesos • Fazer exercícios de fortalecimento de mãos usando massa terapêutica, bandas elásticas, exercitadores e prendedores de roupa • Participar de um programa de treinamento de assertividade para se preparar para a auto-advocacia
■ EDUCAÇÃO E TREINAMENTO		
Educação	Compartilhar conhecimentos e informações sobre ocupação, saúde, bem-estar e participação, permitindo ao cliente adquirir comportamentos úteis, hábitos e rotinas que podem ou não exigir aplicação no tempo da sessão de intervenção	O profissional • Oferecer orientação sobre modificações na casa e nas atividades para o cônjuge ou familiares da pessoa com demência visando máxima independência • Educar gestores sobre o valor e sobre estratégias para fazer caminhada e trilhas de ciclismo acessíveis para todos os membros da comunidade • Educar cuidadores de pessoas que sofreram traumas no uso de estratégias sensoriais • Oferecer orientação para as pessoas com problemas de saúde mental e seus familiares sobre os fatores psicológicos e sociais que influenciam o envolvimento em ocupação
Treinamento	Facilitar a aquisição de habilidades concretas para atender objetivos específicos em uma vida real e a situações aplicadas. Neste caso, <i>habilidades</i> referem-se a componentes mensuráveis de função que permitem melhora. O treinamento é diferenciado de educação por seu objetivo estar relacionado ao oferecer melhor desempenho, em oposição à melhor compreensão, embora esses objetivos, muitas vezes, andem de mãos dadas (Collins & O'Brien, 2003).	O profissional • Instrui o cliente em como operar um dispositivo de controle universal para gerenciar eletrodomésticos • Instrui membros da família no uso e manutenção da cadeira de rodas motorizada do pai • Instrui o cliente na utilização de amplitude de movimento ativa como uma técnica preparatória para evitar contraturas articulares de punho • Instrui o cliente no uso de dispositivo eletrônico portátil e aplicativos para lembrá-lo e gerenciar as atividades semanais e medicamentos • Instrui o cliente em como se direcionar o cuidador para ajudá-lo com as atividades de autocuidado • Treina pais e professores a se concentrar nos pontos fortes de uma criança para promover comportamentos positivos
■ ADVOCACIA: Esforços voltados para a promoção da justiça ocupacional e capacitar os clientes a procurar e obter recursos para participar plenamente nas ocupações da vida diária. Os resultados da advocacia e autoadvocacia dão suporte à saúde, bem-estar e participação ocupacional em nível individual ou de sistemas.		
Advocacia	Esforços de defesa de direitos desenvolvidos pelo profissional.	O profissional • Colabora com uma pessoa a adquirir acomodações razoáveis em um local de trabalho • Fazer parte de conselho de política de uma organização para adquirir apoio em moradias visando acomodar pessoas com incapacidades • Fazer parte da diretoria de um bairro com parque local para incentivar a inclusão de crianças com incapacidades em programas de esportes do distrito quando possível • Colaborar com adultos que têm doenças mentais graves para conscientizar o público para o impacto do estigma • Colaborar com e educar profissionais para fontes de financiamento federal para as pessoas com condições incapacitantes

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Exemplo
Autoadvocacia	Os esforços de defesa de direitos realizados pelo cliente, que o profissional pode promover e apoiar.	• Um aluno com dificuldades de aprendizado solicita e recebe acomodações adequadas e livros gravados • A pedido da comissão de trabalhadores, a empresa adquire teclados ergonomicamente projetados para os computadores • Pessoas com incapacidades defendem o uso de princípios do desenho universal para todas as novas construções públicas. • Jovens adultos entram em contato com o seu provedor de serviços de Internet para solicitar apoio para prevenção <i>cyberbullying</i>.
• INTERVENÇÃO GRUPAL: Utilização de conhecimentos e técnicas de liderança distintas para facilitar a aquisição de aprendizagem habilidade ao longo da vida através da dinâmica de grupo e interação social. Grupos também podem ser usados como um método de fornecimento de serviços.		
Grupos	Os grupos funcionais, grupos de atividades, grupos de trabalho, grupos sociais e outros grupos utilizados em unidades de internação, na comunidade ou nas escolas que permitem aos clientes explorar e desenvolver habilidades para a participação, incluindo habilidades de interação social básica, ferramentas de autoregulação, definição de metas e tomada de decisão positiva.	• Um grupo de adultos mais velhos se concentra na manutenção da participação, apesar da crescente incapacidade, como explorando transporte alternativo se dirigir não for mais uma opção, e participando de atividades sociais e voluntárias após a aposentadoria. • Um grupo da comunidade aborda questões de auto eficácia e autoestima como a base para a criação de resiliência em crianças pré-adolescentes com risco de sofrer <i>bullying</i>. • Um grupo em um programa de saúde mental entra em contato com estabelecimentos para conexões sociais na comunidade.

Tabela 7 - Demandas da atividade e da ocupação

Demandas da atividade e da ocupação são os componentes das atividades e ocupações que os profissionais de terapia ocupacional devem considerar durante o processo de raciocínio clínico. Dependendo do contexto e das necessidades do cliente, essas demandas podem ser consideradas barreiras ou facilitadores para a participação. Conhecimento específico sobre as demandas de atividades e ocupações auxilia os profissionais na seleção de atividades para fins terapêuticos. Demandas da atividade ou ocupação incluem a relevância e a importância para o cliente, objetos utilizados e suas propriedades, as exigências de espaço, as demandas sociais, o sequenciamento e o tempo, ações necessárias e as habilidades de desempenho que exigem as funções do corpo e estruturas do corpo subjacentes.

Tipo de Demanda	Descrição	Exemplo
Relevância e importância para o cliente	Alinhamento com os objetivos, valores, crenças e necessidades e utilidade percebida do cliente	• Dirigir um carro equivale à independência. • Preparar uma refeição no feriado conecta com a tradição da família. • Voto é um rito de passagem para a idade adulta.
Objetos usados e suas propriedades	Ferramentas, materiais e equipamentos necessários no processo de realização da atividade	• Ferramentas (por exemplo, tesouras, pratos, sapatos, bolas) • Materiais (por exemplo, tintas, leite, batom) • Equipamento (por exemplo, bancada, fogão, cesta de basquete) • Propriedades inerentes (por exemplo, pesado, duro, forte, colorido, alto, amargo)
Demandas espaciais (relacionadas ao ambiente físico)	Ambiente físico exigido pela atividade (por exemplo, tamanho, arranjo, superfície, iluminação, temperatura, ruído, umidade, ventilação)	• Espaço aberto grande, ao ar livre, para um jogo de beisebol • Porta do banheiro e box com largura suficiente para acomodar cadeira de rodas • Ruído, iluminação e controle de temperatura para uma biblioteca
Demandas sociais (relacionadas ao ambiente social e ao contexto virtual e cultural)	Elementos do ambiente social e contextos virtuais e culturais que podem ser exigidos pela atividade	• Regras de um jogo • Expectativas de outros participantes da atividade (por exemplo, compartilhar materiais, utilizar linguagem apropriada para uma reunião, decoro virtual apropriado)

Continua

Continuação

Tipo de Demanda	Descrição	Exemplo
Sequenciamento e tempo	Processo necessário para a realização da atividade (por exemplo, etapas específicas, sequência de etapas, tempo requerido)	• Etapas para fazer um chá: reunir copo e saquinho de chá, ferver a água, despejar a água no copo, deixar em infusão, adicionar o açúcar. • Sequência: aquecer água antes de colocar o saquinho de chá na água. • Tempo: deixe o saquinho de chá em infusão por 2 minutos. • Etapas para conduzir uma reunião: estabelecer temas para a reunião, organizar o tempo e localização, preparar agenda, ligar para agendar a reunião. • Sequência: as pessoas se apresentarem antes do início da discussão dos temas. • Tempo: alocar tempo suficiente para a discussão do tema e deliberação das ações.
Ações necessárias e habilidades de desempenho	Ações (habilidades motoras de desempenho, processamento e interação social) exigidas pelo cliente que são parte inerente da atividade	• Sentir o calor do fogão • Segurar o guidão da bicicleta • Escolher roupas cerimoniais • Determinar como mover os membros para controlar o carro • Ajustar o tom de voz • Responder a uma pergunta
Funções do corpo necessárias	“Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)” (WHO, 2001, p. 10) necessária para apoiar as ações utilizadas para realizar a atividade	• Mobilidade das articulações • Nível de consciência • Nível cognitivo
Estruturas do corpo necessárias	“Partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes” que apoiam as funções do corpo (WHO, 2001, p. 10) e são necessários para realizar a atividade	• Número de mãos ou pés • Órgãos olfativos ou gustativos

Tabela 8 - Abordagens para intervenção

Abordagens para intervenção são *estratégias específicas selecionadas para direcionar o processo de avaliação e plano de intervenção, seleção e implementação baseados nos resultados desejados pelo cliente, nos dados coletados na avaliação e na evidência. As abordagens estão relacionadas com os modelos de prática, quadros de referência ou com as teorias da prática.*

Abordagem	Descrição	Exemplo
Criar, promover (promoção de saúde)	Método de intervenção que não preconiza a presença de incapacidade ou quaisquer fatores que possam interferir no desempenho. Este método é designado para promover atividades e experiências vivenciais que favorecerão o melhor desempenho para todas as pessoas no ambiente natural de suas vidas (adaptado de DUNN, MCCLAIN, BROWN, & YOUNGSTROM, 1998, p.534).	• Criar uma classe de pais de “primeira viagem” para auxiliá-los a envolver seus filhos no desenvolvimento apropriado do brincar • Promover grupos de prevenção de quedas para idosos no centro comunitário para encorajar a mobilidade segura fora do ambiente domiciliar
Estabelecer, restaurar (restauração, remediação)	Um método de intervenção designado para modificar variáveis do cliente e estabelecer uma nova habilidade ou capacidade (ainda não desenvolvida) ou restaurar uma habilidade ou capacidade que tenha sido perdida (adaptado de DUNN et. al., 1998, p.533).	• Restaurar a movimentação do membro superior de um cliente para capacitá-lo a mover a louça da máquina de lavar louças para a prateleira superior do armário • Desenvolver um calendário estruturado, segmentando as tarefas visando diminuir o risco de estar sobrecarregado quando se depara com muitas responsabilidades em suas atividades cotidianas • Colaborar com o cliente para estabelecer rotinas matinais necessárias para que chegue nas horas certas ao trabalho ou escola

Continua

Continuação

Abordagem	Descrição	Exemplo
Manter	Um método de intervenção designado para promover o suporte que permitirá aos clientes preservarem as capacidades de desempenho readquiridas e/ou que possam continuar a executar suas necessidades ocupacionais. O pressuposto é que sem a intervenção continuada, o desempenho diminuiria, e/ou as necessidades ocupacionais não seriam atingidas, desta forma afetando a saúde, o bem estar e a qualidade de vida.	• Promover intervenção continuada para um cliente com esclerose lateral amiotrófica visando a participação em atividades ocupacionais desejadas através da utilização de tecnologia assistiva. • Manter a independência de um cliente com artrite reumatóide para realizar atividade de jardinagem através da recomendação de: ferramentas com o cabo modificado e/ou alongado, alternativas para o sentar, se apoiar e a construção de jardins elevados. • Manter o acesso seguro e independente para pessoas com baixa visão através do aumento da luminosidade nos corredores da casa
Modificar (compensação, adaptação)	Um método de intervenção direcionado a encontrar maneiras de modificar o contexto atual e/ou as demandas da atividade visando apoiar o desempenho no próprio ambiente, [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).	• Simplificar a sequência de uma tarefa para auxiliar a pessoa com alteração cognitiva a completar sua rotina de autocuidado matinal. • Consultar arquitetos e construtores para planejarem casas que permitam que famílias tenham espaço (em suas casas) para parentes idosos (ex. quarto e banheiro no piso térreo de uma casa de dois ou mais andares). • Modificar o arranjo do ambiente a fim de diminuir a distração do cliente.
Impedir (prevenção de incapacidades)	Método de intervenção designado para clientes com ou sem incapacidade que apresentam risco de desenvolver alterações no desempenho ocupacional. Esta abordagem é designada para impedir a ocorrência ou a evolução de barreiras para o desempenho no próprio ambiente. As intervenções podem ser direcionadas tanto para o cliente, o contexto ou para diversas atividades. (adaptado de DUNN et. al., 1998, p.534).	• Auxílio na prevenção do uso de substâncias químicas ilícitas através da introdução de estratégias de rotina auto-iniciadas que apoiem o comportamento livre de drogas. • Prevenir isolamento social de trabalhadores através do estímulo à participação em grupo de atividades pós trabalho. • Contatar uma rede hoteleira a fim de promover programas ergonômicos educacionais que previnam lesões na região lombar em camareiras

Tabela 9 - Resultados

O resultado alvo é o *objetivo final esperado do processo de terapia ocupacional; eles descrevem o que os clientes podem obter através da intervenção da terapia ocupacional. Os resultados terapêuticos ocupacionais podem ser descritos de duas maneiras. Alguns resultados são mensuráveis e utilizados na elaboração do planejamento de intervenção, no monitoramento e na previsão de alta. Estes resultados refletem o alcance das metas de tratamento que se relacionam com o envolvimento em ocupação. Outros resultados são experimentados pelos clientes quando esses percebem os efeitos do envolvimento na ocupação, sendo capazes de retornar aos seus hábitos, rotinas, papéis e rituais desejados. Os exemplos listados abaixo especificam como o amplo resultado relacionado à saúde e à participação na vida pode ser operacionalizado e não se destina a ser os únicos.*

Categoria	Descrição	Exemplo
Desempenho ocupacional	Ato de realizar e alcançar uma ação selecionada (habilidade de desempenho), uma atividade ou ocupação (Fisher, 2009; Fisher & Griswold, 2014; Kielhofner, 2008) e os resultados da relação dinâmica transacional entre o cliente, o contexto e a atividade. Melhorando ou possibilitando habilidades e padrões para o desempenho ocupacional que conduz ao envolvimento em ocupações ou atividades (adaptado em parte de Law et al., 1996, p. 16).	• Veja nos tópicos “melhoria” e “aprimoramento”

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Exemplo
Melhoria	Resultados alcançados quando há uma limitação de desempenho. Estes resultados refletem um aumento no desempenho ocupacional da pessoa, do grupo ou da população.	• A criança com autismo que joga de forma interativa com um colega (pessoa) • Um idoso que retorna a uma situação de vida desejada em sua casa após sair de uma internação em instituição (pessoa) • Diminuição da incidência de lesão lombar em enfermeiros como resultado de um programa de educação no serviço referente à mecânica corporal para a realização de funções de trabalho que exijam abaixar, levantar e assim por diante (grupo) • Construção de parques acessíveis a todas as crianças nas praças da cidade (população)
Aprimoramento	Resultados alcançados quando não há mais uma limitação de desempenho. Estes resultados refletem o desenvolvimento de habilidades de desempenho e padrões de desempenho que melhoram o desempenho atual nas ocupações.	• Aumento da confiança e competência de mães adolescentes na criação de seus filhos como resultado de grupos sociais estruturados e classes de desenvolvimento infantil (pessoa). • Aumento da participação no centro de idosos como resultado da expansão do bem-estar social e programas de exercícios (grupo). • Aumento da capacidade dos funcionários de uma escola para lidar e gerenciar a violência juvenil de alunos em idade escolar como resultado do treinamento de resolução de conflitos para lidar com o <i>bullying</i> (grupo). • Aumento das oportunidades para adultos mais velhos participarem nas atividades da comunidade através de programas de passeio compartilhado (carona) (população)
Prevenção	Esforços em educação e promoção de saúde destinados a identificar, reduzir ou prevenir o aparecimento e/ou reduzir a incidência de condições insalubres, fatores de risco, doenças ou lesões (AOTA, 2013b). Terapia Ocupacional promove um estilo de vida saudável para o indivíduo, o grupo, a comunidade (social) e em nível governamental ou político (adaptado de AOTA, 2001).	• Assento e área de recreação apropriados para uma criança com alterações ortopédicas (pessoa) • Implementação de um programa de lazer e atividades educacionais para um centro de acolhimento para adultos com doença mental grave (grupo) • O acesso aos serviços de terapia ocupacional em áreas carentes, independente de fatores como origem cultural ou étnica (população).
Saúde e bem-estar	Não é o objetivo de se viver, mas são recursos para a vida cotidiana. No âmbito do indivíduo, a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, bem como um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas (WHO, 1986). Saúde para grupos e populações inclui estes aspectos individuais mas inclui também a responsabilidade social de membros para com o grupo ou população como um todo. Bem-estar é “um processo ativo por meio do qual as pessoas [ou grupos ou populações] se tornam conscientes e fazem escolhas em direção a uma existência mais bem sucedida” (Hettler, 1984, p. 1117). Bem-estar é mais do que a falta de doença ou sintomas; é um estado de equilíbrio físico e mental e aptidão (adaptado de Taber Cyclopedic Medical Dictionary, 1997, p. 2110).	• A participação de uma pessoa com alteração psiquiátrica em um grupo de advocacia e capacitação para melhoria dos serviços em uma comunidade (pessoa). • Implementação de um programa na empresa para que os funcionários identifiquem problemas e soluções quanto ao equilíbrio entre o trabalho, lazer e a vida familiar (grupo). • Diminuição da incidência de obesidade infantil (população).

Continua

Continuação

Categoria	Descrição	Exemplo
Qualidade de vida	Apreciação dinâmica da satisfação do cliente com sua vida (percepções do progresso em direção às metas), esperança (crença real ou percebida de que se pode mover em direção a um objetivo através de caminhos selecionados), o auto-conceito (a associação de crenças e sentimentos sobre si mesmo), saúde e funcionamento (por exemplo, condições de saúde, capacidade de autocuidado), e fatores sócio-econômicos (por exemplo, vocação, educação, renda; adaptado de Radomski, 1995).	• Participação plena e ativa de uma criança surda em atividade recreativa junto a uma família sem alteração de audição (pessoa). • Moradores sendo capazes de se preparar para passeios e viagens de forma independente como resultado do treinamento de habilidades em prol de uma vida independente para prestadores de cuidados (grupo). • Formação de uma rede de trabalho para apoiar oportunidades nas redes sociais, atividades de advocacia, e compartilhar informações científicas para indivíduos com acidente vascular encefálico e seus familiares (população).
Participação	Envolvimento em ocupações desejadas de forma que levem à satisfação pessoal e sejam congruentes com as expectativas dentro da referida cultura.	• Uma pessoa que recupera a capacidade de exercer as funções essenciais de seu trabalho depois de uma lesão do tendão flexor (pessoa). • Uma família que desfruta de férias durante a viagem pelo país em sua van adaptada (grupo). • Todas as crianças dentro de um estado com acesso ao programa de esporte escolar (população).
Desempenho de papéis	Capacidade de atender com eficácia as demandas de papéis em que o cliente se envolve.	• Um indivíduo com paralisia cerebral ser capaz de tomar notas ou digitar para atender às demandas do papel de estudante (pessoa) • Implementação do sistema de revezamento de funções em uma fábrica, o que permite alternar tarefas de maior demanda para atender às necessidades da função do trabalhador (grupo) • Melhoria da acessibilidade dos locais de votação para todas as pessoas com incapacidade a fim de atender às demandas do papel de cidadão (população)
Bem-estar	O contentamento com a saúde, auto-estima, sentimento de pertencimento, segurança e oportunidades para a auto-determinação, significado, papéis e ajuda ao próximo (Hammell, 2009). Bem-estar é “um termo geral que abrange o universo total de domínios da vida humana, incluindo aspectos físicos, mentais e sociais” (WHO, 2006, p. 211).	• Uma pessoa com esclerose lateral amiotrófica fica satisfeita com sua capacidade de encontrar sentido no cumprimento do papel de pai através de estratégias compensatórias e modificações no ambiente (pessoa). • Os membros de um grupo ambulatorial de apoio à ansiedade e à depressão se sentindo seguros em relação ao pertencimento e ao mesmo tempo mostrando capacidade de se ajudarem mutuamente (grupo). • Moradores de uma cidade comemorando o início das obras de reconstrução de uma escola após catástrofe natural (população).
Justiça ocupacional	O acesso integral e participação em toda a gama de ocupações significativas e enriquecedoras oferecidas a todos, abrangendo oportunidades para a inclusão social e disponibilidade de recursos visando a participação em ocupações que buscam a satisfação de necessidades pessoais, de saúde, e relativas à sociedade (adaptado de Townsend & Wilcock, 2004).	• Um indivíduo com uma incapacidade intelectual participando de um conselho consultivo para estabelecer programas oferecidos por um centro de recreação da comunidade (pessoa). • Trabalhadores com horário de almoço longo o suficiente para poder almoçar com os filhos na creche (grupo). • Aumento da sensação de empoderamento e habilidades de auto-advocacia em pessoas com doença mental crônica, permitindo-lhes desenvolver uma campanha anti-estigma promovendo o envolvimento nas políticas públicas (grupo) e opções de habitação adaptada para que adultos mais velhos possam envelhecer em suas casas. (população).

Agradecimentos

A Comissão de Prática (COP) expressa seu sincero agradecimento a todos aqueles que participaram do desenvolvimento da *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*.

Além destes nomeados abaixo, a COP deseja agradecer a todos que têm contribuído para o diálogo, o feedback e para os conceitos apresentados no documento. Sincero agradecimento é estendido a Madalene Palmer, por todo o seu apoio, e à equipe da AOTA para política e assuntos regulatórios. Além disso, nosso apreço e agradecimento se estende a Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA; Susanne Smith Roley, OTD, OTR / L, FAOTA; Anne G. Fisher, PhD, OTR, FAOTA; e Deborah Pitts, PhD, OTR / L, BCMH, CPRP.

A COP deseja reconhecer os autores da segunda edição deste documento: Susanne Smith Roley, MS, OTR / L, FAOTA, presidente, 2005-2008; Janet V. DeLany, DED, OTR / L, FAOTA; 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, FAOTA, SIS Liaison; Emily Smith, MOT, ASD de Ligação; Pamela Toto, MS, OTR / L, BCG, FAOTA, Ultimo -passado-SIS de Ligação; Sarah King, MOT, OTR, Ultimo passado-ASD de Ligação; Deborah Lieberman, MHSA, OTR / L, FAOTA, AOTA Sede de Ligação; Com contribuições de M. Carolyn Baum, PhD, OTR / L, FAOTA; Ellen S. Cohn, DF, OTR / L, FAOTA; Penelope A. Moyers Cleveland, EDD, OTR / L, BCMH, FAOTA; e Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA.

O COP também deseja reconhecer os autores da primeira edição deste documento: Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA, presidente (1998-2002); Sara Jane Brayman, PhD, OTR, FAOTA, presidente eleito (2001-2002); Paige Anthony, COTA; Mary Brinson, MS, OTR / L, FAOTA; Susan Brownrigg, OTR / L; Gloria Frolek Clark, MS, OTR / L, FAOTA; Susanne Smith Roley, MS, OTR; James Sellers, OTR / L; Nancy L. Van Slyke, EDD, OTR; Stacy M. Desmarais, MS, OTR / L, ASD de Ligação; Jane Oldham, JDE, Ultimo passado-Liaison ASCOTA; Mary Vining Radomski, MA, OTR, FAOTA, SIS Liaison; Sarah D. Hertfelder, med.

Referências

- Accreditation Council for Occupational Therapy Education. (2012). 2011 Accreditation Council for Occupational Therapy Education (ACOTE®) standards. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, S6–S74. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2012.66S6>
- American Heritage dictionary of the English language* (4th ed.). (2003). Retrieved from <http://www.thefreedictionary.com/framework>
- American Occupational Therapy Association. (1979). *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; practdept@aota.org)
- American Occupational Therapy Association. (1989). *Uniform terminology for occupational therapy* (2nd ed.). (Available from American Occupational Therapy Association, 4720 Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD 20824-1220; practdept@aota.org)
- American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform terminology for occupational therapy (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1047–1054. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.48.11.1047>
- American Occupational Therapy Association. (2001). Occupational therapy in the promotion of health and the prevention of disease and disability statement. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 656–660. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.55.6.656>
- American Occupational Therapy Association. (2002a). Broadening the construct of independence [Position Paper]. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 660. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.56.6.660>
- American Occupational Therapy Association. (2002b). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609–639. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.56.6.609>
- American Occupational Therapy Association. (2006). Policy 1.44: Categories of occupational therapy personnel. In *Policy manual* (2007 ed., pp. 33–34). Bethesda, MD: Author.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625–683. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.62.6.625>
- American Occupational Therapy Association. (2009). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of

occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 797–803. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.63.6.797>

American Occupational Therapy Association. (2010). Standards of practice for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(Suppl.), S106–S111. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2010.64S106>

American Occupational Therapy Association. (2011). *Definition of occupational therapy practice for the AOTA Model Practice Act*. Retrieved from <http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Advocacy/State/Resources/PracticeAct/Model%20Definition%20of%20OT%20Practice%20%20Adopted%2041411.ashx>

American Occupational Therapy Association. (2013a). Guidelines for documentation of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(Suppl.), S32–S38. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.67S32>

American Occupational Therapy Association. (2013b). Occupational therapy in the promotion of health and well-being. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(Suppl.), S47–S59. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.67S47>

American Occupational Therapy Association. (2013c). Telehealth. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(Suppl.), S69–S90. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.67S69>

Americans With Disabilities Act of 1990, Pub. L. 101–336, 42 U.S.C. § 12101.

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

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

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bedell, G. M. (2012). Measurement of social participation. In V. Anderson & M. H. Beauchamp (Eds.), *Developmental social neuroscience and childhood brain insult: Theory and practice* (pp. 184–206). New York: Guilford Press.

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

Boyt Schell, B. A., Gillen, G., & Scaffa, M. (2014a). Glossary. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 1229–1243). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Boyt Schell, B. A., Gillen, G., & Scaffa, M. (Eds.). (2014b). *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Chisholm, D., & Boyt Schell, B. A. (2014). Overview of the occupational therapy process and outcomes. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 266–280). Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins.

Christiansen, C. H., & Baum, M. C. (Eds.). (1997). *Occupational therapy: Enabling function and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.

Christiansen, C., Baum, M. C., & Bass-Haugen, J. (Eds.). (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.

Christiansen, C. H., & Hammecker, C. L. (2001). Self care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults* (pp. 155–175). Philadelphia: F. A. Davis.

Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2010). *Introduction to occupation: The art and science of living* (2nd ed.). Cranbury, NJ: Pearson Education.

Clark, F. A. (2000). The concept of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 20, 123S–137S.

Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., Azen, S. P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 782–790. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.099754>

Cohn, E. S. (2001). Parent perspectives of occupational therapy using a sensory integration approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 285–294. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.55.3.285>

Cohn, E. S., Miller, L. J., & Tickle-Degnen, L. (2000). Parental hopes for therapy outcomes: Children with sensory modulation disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 36–43. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.54.1.36>

Cole, B., & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships redefined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19, 33–56. http://dx.doi.org/10.1300/J004v19n02_03

Collins, J., & O'Brien, N. P. (2003). *Greenwood dictionary of education*. Westport, CT: Greenwood Press.

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

Davidson, L., Shahar, G., Lawless, M. S., Sells, D., & Tondora, J. (2006). Play, pleasure, and other positive life events: “Non-specific” factors in recovery from mental illness. *Psychiatry*, 69, 151–163.

Dickie, V., Cutchin, M., & Humphry, R. (2006). Occupation as transactional experience: A critique of individualism in occupational science. *Journal of Occupational Science*, 13, 83–93. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2006.9686573>

Doucet, B. M., & Gutman, S. A. (2013). Quantifying function: The

rest of the measurement story. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 7–9. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.007096>

Dunlea, A. (1996). 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* (pp. 227–342). Philadelphia: F. A. Davis.

Dunn, W. (2000). Habit: What's the brain got to do with it? *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 20(Suppl. 1), 6S–20S.

Dunn, W., McClain, L. H., Brown, C., & Youngstrom, M. J. (1998). 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.

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

Esdaile, S. A., & Olson, J. A. (2004). *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphia: F. A. Davis.

Fiese, B. H. (2007). Routines and rituals: Opportunities for participation in family health. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27, 41S–49S.

Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration. *Journal of Family Psychology*, 16, 381–390. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.16.4.381>

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

Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins, CO: Three Star Press.

Fisher, A. G., & Griswold, L. A. (2014). Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 249–264). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Gillen, G., & Boyt Schell, B. (2014). Introduction to evaluation, intervention, and outcomes for occupations. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 606–609). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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

Gitlin, L. N., Corcoran, M. A., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized controlled trial of a home environmental intervention to enhance self-efficacy and reduce upset in family

caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*, 41, 15–30. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.1.4>

Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M. P., & Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 229–239.

Gitlin, L. N., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M. P., Schinfeld, S., & Hauck, W. W. (2003). Effects of the Home Environmental Skill-Building Program on the caregiver–care recipient dyad: 6-month outcomes from the Philadelphia REACH Initiative. *Gerontologist*, 43, 532–546. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/43.4.532>

Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319, 478–483. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7208.478>

Graff, M. J., Vernooij-Dassen, M. J., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H., & Oudekerk, M. G. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62, 1002–1009. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/62.9.1002>

Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 10–18. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.004648>

Gutman, S. A., Mortera, M. H., Hinojosa, J., & Kramer, P. (2007). Revision of the *Occupational Therapy Practice Framework*. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 119–126. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.61.1.119>

Hagedorn, R. (2000). *Tools for practice in occupational therapy: A structured approach to core skills and processes*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Hakansson, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13, 74–82. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2006.9686572>

Hammell, K. W. (2009). Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational “categories.” *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 107–114. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740907600208>

Hettler, W. (1984). 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* (pp. 1117–1124). New York: Wiley.

Hildenbrand, W. C., & Lamb, A. J. (2013). Health Policy Perspectives—Occupational therapy in prevention and wellness:

Retaining relevance in a new health care world. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 266–271. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.673001>

Hinojosa, J., & Blount, M.-L. (2009). Occupation, purposeful activities, and occupational therapy. In J. Hinojosa & M.-L. Blount (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in context of occupation* (3rd ed., pp. 1–19). Bethesda, MD: AOTA Press.

Hinojosa, J., Kramer, P., Royeen, C. B., & Luebben, A. (2003). The core concepts of occupation. In P. Kramer, J. Hinojosa, & C. B. Royeen (Eds.), *Perspectives in human occupation: Participation in life* (pp. 1–17). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hooper, B., & Wood, W. (2014). The philosophy of occupational therapy: A framework for practice. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 35–46). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Individuals With Disabilities Education Improvement Act of 2004, Pub. L. 108–446, 20 U.S.C. § 1400 et seq.

Jackson, J. (1998a). Contemporary criticisms of role theory. *Journal of Occupational Science*, 5, 49–55. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.1998.9686433>

Jackson, J. (1998b). Is there a place for role theory in occupational science? *Journal of Occupational Science*, 5, 56–65. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.1998.9686434>

Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The Well Elderly Study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 326–336. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.52.5.326>

James, A. B. (2008). Restoring the role of independent person. In M. V. Radomski & C. A. Trombly Latham (Eds.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (pp. 774–816). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2008). *The model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Koome, F., Hocking, C., & Sutton, D. (2012). Why routines matter: The nature and meaning of family routine in the context of adolescent mental illness. *Journal of Occupational Science*, 19, 312–325. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2012.718245>

Larson, E., & Zemke, R. (2003). Shaping the temporal patterns of our lives: The social coordination of occupation. *Journal of Occupational Science*, 10, 80–89. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2003.9686514>

Law, M., Baum, M. C., & Dunn, W. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). Person–Environment–Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian*

Journal of Occupational Therapy, 63, 9–23. <http://dx.doi.org/10.1177/000841749606300103>

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (pp. 29–56). Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.

Magasi, S., & Hammel, J. (2004). Social support and social network mobilization in African American woman who have experienced strokes. *Disability Studies Quarterly*, 24(4). Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/878/1053>

Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1–10.

Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). 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, 1486–1497). *Social Science and Medicine*, 63, 843–845. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.001>

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

Moyers, P. A.; American Occupational Therapy Association. (1999). The guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 247–322. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.53.3.247>

Moyers, P. A., & Dale, L. M. (2007). *The guide to occupational therapy practice* (2nd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.

Nelson, D., & Jepson-Thomas, J. (2003). Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. In P. Kramer, J. Hinojosa, & C. B. Royeen (Eds.), *Perspectives in human occupation: Participation in life* (pp. 87–155). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Nilsson, I., & Townsend, E. (2010). Occupational justice—Bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 57–63. <http://dx.doi.org/10.3109/11038120903287182>

Nurit, W., & Michal, A. B. (2003). Rest: A qualitative exploration of the phenomenon. *Occupational Therapy International*, 10, 227–238. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.187>

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

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

Peloquin, S. M. (2003). The therapeutic relationship: Manifestations and challenges in occupational therapy. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. Boyt Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed., pp. 157–170). Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins.

Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 138–146. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>

Polatajko, H., & Mandich, A. (2004). *Enabling occupation in children: The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) approach*. Ottawa, ON: CAOT Publications.

Polatajko, H. J., Mandich, A., & Martini, R. (2000). Dynamic performance analysis: A framework for understanding occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 65–72. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.54.1.65>

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12, 885–904. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>

Radomski, M. V. (1995). There is more to life than putting on your pants. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 487–490. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.49.6.487>

Rand, K. L., & Cheavens, J. S. (2009). Hope theory. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 323–334). Oxford, England: Oxford University Press.

Reed, K. L. (2005). 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., pp. 567–626). Thorofare, NJ: Slack.

Rogers, J. C., & Holm, M. B. (1994). Assessment of self-care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults* (pp. 181–202). Philadelphia: F. A. Davis.

Sandqvist, G., Akesson, A., & Eklund, M. (2005). Daily occupations and well-being in women with limited cutaneous systemic sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 390–397. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.59.4.390>

Segal, R. (2004). Family routines and rituals: A context for occupational therapy interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 499–508. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.58.5.499>

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

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

Spencer, J., Davidson, H., & White, V. (1997). Help clients develop hopes for the future. *American Journal of Occupational Therapy*,

51, 191–198. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.51.3.191>

Taber's cyclopedic medical dictionary. (1997). Philadelphia: F. A. Davis.

Taylor, R. R., & Van Puymbroeck, L. (2013). Therapeutic use of self: Applying the intentional relationship model in group therapy. In J. C. O'Brien & J. W. Solomon (Eds.), *Occupational analysis and group process* (pp. 36–52). St. Louis, MO: Elsevier.

Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 75–87. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740407100203>

Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 960–972. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.49.10.960>

Uniform Data System for Medical Rehabilitation. (1996). *Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (including the FIM instrument)*. Buffalo, NY: Author.

Unruh, A. M. (2004). Reflections on: “So what do you do?” Occupation and the construction of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 290–295. <http://dx.doi.org/10.1177/000841740407100508>

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

Wilcock, A. A., & Townsend, E. A. (2014). Occupational justice. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 541–552). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

World Federation of Occupational Therapists. (2012). *Definition of occupation*. Retrieved from <http://www.wfot.org/aboutus/aboutoccupationaltherapy/definitionofoccupationaltherapy.aspx>

World Health Organization. (1986, November 21). *The Ottawa Charter for Health Promotion (First International Conference on Health Promotion, Ottawa)*. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization* (45th ed.). Retrieved from http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19&Itemid=2111 WHO 2006

Zemke, R. (2004). Time, space, and the kaleidoscopes of occupation (Eleanor Clarke Slagle Lecture). *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 608–620. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.58.6.608>

Zemke, R., & Clark, F. (1996). *Occupational science: An evolving discipline*. Philadelphia: F. A. Davis.

Apêndice A - Glossário

A

Abordagem colaborativa

Orientação na qual o profissional de terapia ocupacional e o cliente trabalham em condição de igualdade e participação mútua. A colaboração envolve incentivo aos clientes a descrever as suas preocupações terapêuticas, a identificar seus próprios objetivos, e a contribuir para as decisões relativas às intervenções terapêuticas (Boyt Schell et al., 2014A).

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 8).

Adaptação

Profissionais de terapia ocupacional possibilitam a participação do cliente através da modificação de uma tarefa, de um método de realização da tarefa e do ambiente para promover o envolvimento na ocupação (James, 2008).

Advocacia

Esforços voltados para a promoção da justiça e capacitação dos clientes a fim de que procurem e obtenham recursos para a plena participação nas ocupações cotidianas. Os esforços empreendidos pelo profissional são considerados advocacia, enquanto aqueles realizados pelo cliente são considerados auto-advocacia – que por sua vez podem ser promovidos e apoiados pelo profissional (ver Tabela 6).

Ambiente

Condições físicas e sociais externas que cercam o cliente e nas quais as ocupações de sua vida diária ocorrem (ver Tabela 5).

Ambiente físico

Ambiente não-humano natural ou construído, incluindo os objetos pertencentes a eles. O ambiente natural inclui o terreno geográfico, as plantas e os animais, bem como as qualidades sensoriais do entorno natural. O ambiente construído inclui edifícios, mobiliário, ferramentas e dispositivos (ver Tabela 5).

Ambiente social

A presença, os relacionamentos e as expectativas de pessoas,

grupos e populações com os quais os clientes têm contato (por exemplo, a disponibilidade e as expectativas das pessoas significativas, como cônjuge, amigos e cuidadores; ver Tabela 5).

Análise da 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

É uma etapa no processo de avaliação, em que as capacidades e os problemas ou potenciais problemas do cliente são especificamente identificados através de instrumentos de avaliação destinados a observar, medir e questionar os fatores que facilitam ou prejudicam o desempenho ocupacional e que têm como alvo os resultados identificados (ver Anexo 2).

Análise ocupacional

Veja análise da atividade.

Atividades da vida diária (AVDs)

Atividades orientadas para o ato de cuidar de seu próprio corpo (adaptado de ROGERS e HOLM, 1994). AVDs também são referenciadas como *Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)* e *Atividades Pessoais de Vida Diária (APVDs)*. 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).

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 utilizadas na AVDs (ver Tabela 1).

Atividades

Ações projetadas e selecionadas para apoiar o desenvolvimento de habilidades e padrões de desempenho a fim de aumentar o envolvimento ocupacional.

Auto-Advocacia

O ato de defesa de si mesmo, o que inclui tomar as próprias decisões sobre a vida, aprender a conseguir informações e entendimento sobre assuntos de interesse ou importância pessoal, o desenvolvimento de uma rede de apoio, conhecimento sobre direitos e responsabilidades, capacidade de estender a mão para os outros em casos de

necessidade de assistência e aprendizado sobre a auto-determinação.

Avaliação

“Processo de obtenção e interpretação dos dados necessários para a intervenção. Isso inclui planejar e documentar o processo de avaliação e seus resultados “(AOTA, 2010, p. S107).

Avaliações

“Ferramentas ou instrumentos específicos que são utilizados durante o processo de avaliação” (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2010, p. S107).

B

Bem-Estar

“Percepção e responsabilidade por sentir-se bem fisicamente e psicologicamente, visto que estes aspectos contribuem para a satisfação geral com a própria situação de vida” (Boyt Schell et al., 2014A, p. 1243).

Brincar

“Qualquer atividade espontânea ou organizada que proporciona prazer, diversão, distração, divertimento ou entretenimento” (Parham & Fazio, 1997, p 252;. Ver Tabela 1).

C

Cliente

Pessoa ou pessoas (incluindo aqueles envolvidos no cuidado de um cliente), grupo (coletivo de indivíduos, por exemplo, famílias, trabalhadores, estudantes ou membros da comunidade) ou população (coletivo de grupos ou indivíduos que vivem em um local semelhante, por exemplo, cidade, estado ou país ou que compartilham as mesmas preocupações).

Contexto cultural

Costumes, crenças, padrões de atividade, padrões de comportamento e expectativas aceitos pela sociedade da qual um cliente é membro. O contexto cultural influencia a escolha da atividade e a identificação do cliente (ver Tabela 5).

Contexto pessoal

“Características do indivíduo que não são parte de uma

condição ou estado de saúde” (WHO, 2001, p. 17). O contexto inclui idade, sexo, condição socioeconômica e educacional e também pode incluir membros de um grupo (ou seja, os voluntários, empregados) ou população (isto é, membros de uma sociedade; ver Tabela 5).

Contexto temporal

A experiência do tempo como forma de envolvimento nas ocupações. Os aspectos temporais das ocupações que “contribuem para os padrões de ocupações diárias” incluem “ritmo. . . tempo. . . sincronismo. . . duração. . . e sequenciamento “(Larson & Zemke, 2003, p 82;. Zemke, 2004, p 610). O contexto temporal inclui as fases da vida, a hora do dia, a duração e o ritmo da atividade e a história (ver Tabela 5).

Contexto virtual

Ambiente em que a comunicação ocorre por meio de ondas de rádio ou computadores na ausência de contato físico. O contexto virtual inclui simuladores, em tempo real ou quase em tempo real, em ambientes como salas de bate-papo, email, videoconferência e transmissões de rádio; monitoramento remoto através de sensores sem fio; e coleta de dados baseada em computador (ver Tabela 5).

Contexto

Variedade de condições inter-relacionadas dentro e em torno do cliente que influenciam o desempenho, incluindo os contextos culturais, pessoais, temporais e virtuais (ver Tabela 5).

Co-ocupação

Ocupação que implicitamente envolve duas ou mais pessoas (Boyt Schell et al., 2014A, p. 1232).

Cuidado centrado no cliente (prática centrada no cliente)

Abordagem de serviços que incorpora o respeito e a parceria com os clientes, vistos como participantes ativos no processo de terapia. Esta abordagem enfatiza o conhecimento e a experiência, a força, a capacidade de escolha e a autonomia geral do cliente (Boyt Schell et al., 2014A, p. 1230).

D

Demandas da atividade

Aspectos de uma atividade ou ocupação necessários para sua realização, incluindo a relevância e importância para o cliente, os objetos utilizados e suas propriedades, as exigências de

espaço, as demandas sociais, o sequenciamento e tempo, as ações necessárias e as habilidades de desempenho e as funções do corpo e estruturas do corpo (ver Tabela 7).

Demandas ocupacionais

Veja demandas da atividade.

Desempenho ocupacional

Ato de realizar e completar uma ação selecionada (componente de desempenho), atividade ou ocupação (Fisher, 2009; Fisher & Griswold, 2014; Kielhofner, 2008), que é resultado da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e a atividade. Fornecendo ou capacitando as habilidades e padrões em desempenho ocupacional que levam ao envolvimento em ocupações ou atividades (adaptado em parte de Law et al., 1996, p. 16).

Domínio

Áreas e alicerce da profissão em que os seus membros têm um corpo estabelecido de conhecimentos e competências.

E

Educação

- **Como ocupação:** Atividades relacionadas ao aprendizado e à participação em ambiente educacional (ver Tabela 1).
- **Como intervenção:** Atividades que transmitem conhecimento e informações sobre ocupação, saúde, bem-estar e participação, resultando na aquisição (pelo cliente) de comportamentos adequados, hábitos e rotinas que podem ou não exigir a necessidade de sessões de intervenção. (ver Tabela 6).

Envolvimento em ocupação

Desempenho de ocupações como o resultado da escolha, motivação e significado, em um contexto e ambiente apropriados.

Esperança

“Capacidade percebida de encontrar caminhos para alcançar os objetivos desejados e de motivar-se para usá-los” (Rand & Cheavens, 2009, p. 323).

Espiritualidade

“Aspecto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos buscam e expressam significado e propósito e a maneira como eles experimentam a sua conexão com o momento, consigo, com outros, com a natureza, e com o que é significativo e sagrado” (Puchalski et al., 2009, p.

887; ver Tabela 2).

Estruturas do corpo

“Partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes” que suportam as funções do corpo (WHO, 2001, p 10; Ver tabela 2).

F

Fatores do cliente

Capacidades específicas, características ou crenças que fazem parte da pessoa e que influenciam o desempenho ocupacional. Fatores do cliente incluem valores, crenças e espiritualidade; funções do corpo e estrutura do corpo. (ver Tabela 2).

Funções do corpo

“As funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)” (World Health Organization [WHO], 2001, p. 10; ver Tabela 2).

Grupo: Coletivo de indivíduos (por exemplo, familiares, trabalhadores, estudantes, membros da comunidade).

H

Habilidades de desempenho

Ações dirigidas observáveis como pequenas unidades de participação em ocupações da vida diária. Elas são aprendidas e desenvolvidas ao longo do tempo e estão situadas em contextos e ambientes específicos (Fisher & Griswold, 2014; ver Tabela 3).

Habilidades de interação social

“Habilidades de desempenho ocupacional observadas durante o fluxo contínuo de um intercâmbio social” (Boyt Schell et al., 2014A, p 1241; Ver Tabela 3).

Habilidades de processo

“Habilidades de desempenho ocupacional [por exemplo, habilidades de processo na AVD, habilidades no processo escolar] observado como uma pessoa (1) seleciona, interage e usa ferramentas e materiais durante a realização de uma tarefa; (2) desenvolve ações individuais e cumpre as etapas; e (3) modifica a forma de desempenhar a atividade e/ou ocupação quando surgem problemas “(Boyt Schell et al, 2014A, p 1239; ver Tabela 3).

Habilidades motoras

“Habilidades de desempenho ocupacional observadas quando a pessoa se move e interage com objetos da tarefa, e ambiente ao redor” (Exemplo: habilidades motoras na atividade de vida diária [AVD], habilidades motoras escolares; Boyt Schell et al., 2014A, p 1237; ver Tabela 3).

Habilitação

Serviços de saúde destinados a auxiliar as pessoas quanto à aquisição, melhoria, minimização de pioras, compensação de prejuízos ou na manutenção (parcial ou total) das habilidades, função ou desempenho para a participação na ocupação e atividades de vida diária (AOTA *policy staff, personal communication, dezembro, 17, 2013*).

Hábitos

“Tendências adquiridas para responder e executar ações de maneira consistente em situações e ambiente familiar; comportamentos específicos e automáticos realizados repetidamente, de maneira automática, e com pouca variação” (Boyt Schell et al. 2014A, p. 1234). Hábitos podem ser úteis, dominantes ou empobrecidos e podem facilitar ou interferir no desempenho nas áreas de ocupação (Dunn, 2000; ver Tabela 4).

Identidade ocupacional: “Consciência ampla de quem se é e o que se deseja tornar como um ser ocupacional gerado a partir de sua história de participação ocupacional” (Boyt Schell et al., 2014A, p. 1238).

I

Independência

“Um estado autodirecionado de ser, caracterizado por uma habilidade individual de participar em ocupações necessárias e preferidas de uma forma satisfatória sem restrição de quantidade ou tipo de auxílio externo desejado ou requerido” (AOTA, 2002a, p. 660).

Interdependência

A confiança que as pessoas têm entre si como uma consequência natural de viver em grupo (Christiansen & Townsend, 2010, p. 419). A interdependência causa um espírito de inclusão social, auxílio mútuo, além de um compromisso e responsabilidade moral para reconhecer e lidar com a diferença (Christiansen & Townsend, 2010, p. 187).

Interesses

“Algo que se considera agradável ou satisfatório de fazer”

(Kielhofner, 2008, p. 42).

Intervenção em grupo

Conhecimentos especializados e utilização de técnicas de liderança em diferentes ambientes para facilitar a aprendizagem e aquisição de competências pelos clientes em todo o ciclo de vida, visando a participação e incluindo habilidades básicas de interação social, ferramentas de autorregulação, o estabelecimento de metas e tomada de decisão positiva, através da dinâmica de grupo e interação social. Os grupos podem ser usados como um método de intervenção e prestação de serviço (ver Tabela 6).

Intervenção

“O processo e as habilidades realizadas pelos profissionais de terapia ocupacional em colaboração com o cliente a fim de facilitar o envolvimento na ocupação relacionado à saúde e à participação. O processo de intervenção inclui o planejamento, a implementação e a revisão”(AOTA, 2010, p S107;. Ver Tabela 6).

J

Justiça Ocupacional

“Um tipo de justiça que reconhece o direito à ocupação, objetivando a participação inclusiva nas ocupações diárias para todas as pessoas da sociedade, independente da idade, habilidade, gênero, classe social ou outras diferenças” (Nilsson & Townsend, 2010, p. 58). O acesso e a participação em todo tipo de ocupações significativas e enriquecedoras oferece oportunidades de inclusão social e possibilita recursos para participação em ocupações que satisfazem necessidades pessoais, sociais e aquelas relacionadas à saúde (adaptado de Townsend & Wilcock, 2004).

L

Lazer

“Atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e desenvolvida durante o tempo livre, ou seja, tempo livre das ocupações obrigatórias, tais como o trabalho, o autocuidado ou o sono” (Parham & Fazio, 1997, p 250; Ver Tabela 1).

M

Métodos preparatórios e tarefas

São métodos e tarefas que preparam o cliente para o desempenho ocupacional, sejam aqueles realizados como

parte de uma sessão de tratamento, visando a preparação para o desempenho ocupacional ou, simultaneamente, as ocupações e atividades, sejam aqueles realizados no próprio domicílio que colaboram para o desempenho ocupacional cotidiano. Muitas vezes, os métodos preparatórios são intervenções realizadas para os clientes, sem sua participação ativa e envolve modalidades, dispositivos ou técnicas.

Modelo de prestação de serviço

Conjunto de métodos para a prestação de serviços para ou em nome dos clientes.

O

Objetivo

Mensurável e significativo, baseado na ocupação, nas metas a curto e longo prazo diretamente relacionadas à habilidade e à necessidade do cliente de se envolver nas ocupações desejadas (AOTA, 2013a, p. S35).

Ocupação

Atividades da vida diária nas quais as pessoas se envolvem. As ocupações ocorrem em contextos e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e áreas de desempenho. Ocupações ocorrer ao longo do tempo; têm um propósito, significado e uma utilidade percebida pelo cliente; podem também ser observadas por outras pessoas (por exemplo, o preparo de uma refeição) ou ser reconhecidas apenas pelo indivíduo envolvido (por exemplo, a aprendizagem através da leitura de um livro). Ocupações podem envolver a realização de várias atividades para a sua conclusão com a possibilidade de se obter diferentes resultados. A Estrutura da Prática identifica uma gama de ocupações categorizadas como: atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, sono e descanso, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social (ver Tabela 1).

Organização

Entidade composta por indivíduos com um propósito ou um empreendimento comum, como um negócio, indústria ou agência.

P

Padrões de desempenho

Hábitos, rotinas, papéis e rituais utilizados no processo

de se envolver em ocupações ou atividades; estes padrões podem apoiar ou prejudicar o desempenho ocupacional (ver Tabela 4).

Papéis

Conjunto de comportamentos esperados por uma sociedade e moldados pela cultura e contexto, podendo ainda ser conceituados e definidos pelo cliente (ver Tabela 4).

Participação social

“Entrelaçamento de ocupações para apoiar o envolvimento desejado em atividades comunitárias e familiares, bem como aqueles que envolvem pares e amigos” (Gillen e Boyt Schell, 2014, p. 607) ou envolvimento em um subconjunto de atividades que abarcam situações sociais com outros (Bedell, 2012) e que colaboram para a interdependência social (Magasi & Hammel, 2004). A participação social pode ocorrer pessoalmente ou por meio de tecnologias remotas, tais como telefonemas, interação com o computador e vídeo-conferência (ver Tabela 1).

Participação

“Envolvimento em situações de vida” (WHO, 2001, p. 10).

Perfil ocupacional

Resumo da história e das experiências de trabalho do cliente, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades (ver Quadro 2).

Pessoa

Indivíduo, incluindo membros da família, cuidador, professor, funcionário ou outro relevante.

População

O coletivo de grupos de indivíduos que vivem em um local semelhante (por exemplo, cidade, estado, país) ou compartilham as mesmas características ou preocupações.

Prevenção

São esforços educativos ou de promoção da saúde destinados a identificar, reduzir ou prevenir o aparecimento e/ou a incidência de condições insalubres, fatores de risco, doenças ou lesões (AOTA, 2013b).

Processo

Maneira pela qual os profissionais de terapia ocupacional operacionalizam seus conhecimentos para prestar serviços aos clientes. O processo de terapia ocupacional inclui avaliação, intervenção e resultados alvo. Ocorre no âmbito do domínio da terapia ocupacional e envolve a colaboração

entre o terapeuta ocupacional, assistente de terapia ocupacional e o cliente.

Promoção da saúde

“Processo de capacitação das pessoas a fim de que desenvolvam um controle adequado sobre a sua saúde, visando melhorá-la. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer suas necessidades e ser capaz de modificar ou lidar com o ambiente” (WHO, 1986).

Q

Qualidade de vida

Apreciação dinâmica em relação à satisfação com a vida (percepção do progresso em direção aos objetivos identificados), a auto percepção (crenças e sentimentos sobre si mesmo), saúde e funcionamento (por exemplo, condições de saúde, capacidade de autocuidado), e fatores sócioeconômicos (por exemplo, vocação, educação, renda; adaptado de Radomski, 1995).

Raciocínio clínico

“Processo usado por profissionais para planejar, dirigir, executar e refletir sobre o cuidado do cliente” (Boyt Schell et al., 2014A, p. 1231). O termo *raciocínio profissional*, considerado mais amplo, as vezes também é empregado.

Reabilitação

Os serviços de reabilitação são destinados a pessoas que enfrentam déficits em área física específica e que apresentam alteração funcional ou limitações na participação em atividades da vida diária. As intervenções são planejadas para promover o desempenho ideal ou a manutenção dos níveis funcionais, seja físico, sensorial, intelectual, psicológico e social. Os serviços de reabilitação fornecem ferramentas e técnicas necessárias para atingir os níveis desejados de independência e autodeterminação.

Reavaliação

Avaliar novamente ou rever o desempenho e os objetivos do cliente para determinar o tipo e a quantidade de mudança que tem ocorrido.

Resultado

É o resultado final advindo do processo de terapia ocupacional; o que os clientes podem alcançar através da intervenção da terapia ocupacional (ver Tabela 9).

Rituais

Conjuntos de ações simbólicas com significado espiritual, cultural ou social, contribuindo para a identidade do cliente e reforçando os valores e as crenças. Rituais têm um forte componente afetivo (Fiese, 2007; Fiese et al, 2002; Segal, 2004; ver Tabela 4).

Rotinas

Padrões de comportamento que são observáveis, regulares e repetitivos e que fornecem a estrutura para a vida cotidiana. Eles podem ser gratificantes, facilitadores ou prejudiciais. Rotinas exigem momentâneo compromisso de tempo e estão inseridas em contextos culturais e ecológicos (Fiese et al, 2002; Segal, 2004; ver Tabela 4).

S

Saúde

“Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2006, p. 1).

Sentir-se bem

“Termo geral que abrange o universo total de domínios da vida humana, incluindo aspectos físicos, mentais e sociais” (WHO, 2006, p. 211).

T

Tarefa

O que as pessoas fazem ou fizeram (por exemplo, dirigir, fazer um bolo, um vestido, arrumar uma cama; A. Fisher, *personal communication*, december, 16, 2013).

Terapia ocupacional

É o uso terapêutico das atividades cotidianas (ocupações) em indivíduos ou grupos com a finalidade de melhorar ou possibilitar a participação em diferentes papéis, hábitos, rotinas e rituais na casa, escola, local de trabalho, comunidade dentre outros locais. Profissionais de terapia ocupacional usam seu conhecimento sobre a relação transacional entre a pessoa, o seu envolvimento em ocupações significativas e o contexto para projetar planos de intervenção com base em ocupações que facilitem a mudança ou melhora de fatores do cliente (valores, crenças e espiritualidade; funções do corpo e estruturas do corpo) e habilidades de desempenho (motora, processual e de interação social) necessárias

para uma participação bem sucedida. Profissionais de terapia ocupacional visam o resultado final através da participação e, assim, facilitam o envolvimento por meio de adaptações e modificações no ambiente ou em objetos no local, quando necessário. Serviços de terapia ocupacional são fornecidos para habilitação, reabilitação e promoção da saúde e bem-estar de clientes com incapacidade ou com necessidades não relacionadas a incapacidade. Estes serviços incluem a aquisição e preservação da identidade ocupacional para aqueles que têm ou estão em risco de desenvolver uma doença, lesão, enfermidade, desordem, condição, deficiência, incapacidade, limitação na realização da atividade ou restrição de participação (adaptado de AOTA, 2011).

Trabalho

“Trabalho ou esforço de fazer, construir, fabricar, formar, talhar, ou moldar objetos visando a organização, o planejamento e a avaliação de serviços ou processos do

viver ou de gestão; ocupações que são executadas com ou sem recompensa financeira “(Christiansen & Townsend, 2010, p. 423).

Transacional

Processo que envolve dois ou mais indivíduos ou elementos que recíproca e continuamente influenciam-se afetando uns aos outros através do relacionamento contínuo (Dickie, Cutchin, e Humphry, 2006).

V

Valores

Crenças e compromissos adquiridos, derivados de cultura, sobre o que é bom, correto e importante para fazer (Kielhofner, 2008); princípios, normas ou qualidades considerados válidos ou desejável pelo cliente que os detém (Moyers & Dale, 2007).

Apêndice B - Preparação e qualificação dos terapeutas ocupacionais e assistentes de terapia ocupacional

Quem são os terapeutas ocupacionais?

Para exercer a profissão de terapeuta ocupacional nos Estados Unidos, o profissional treinado deve:

- ter se graduado em um programa de terapia ocupacional credenciado pelo Conselho de Credenciamento para Educação de Terapia Ocupacional (ACOTE®) ou organizações que o precederam;
- ter concluído com êxito um período de experiência em trabalho de campo supervisionado exigido pela instituição de ensino reconhecida onde o candidato tenha demonstrado atender aos requisitos acadêmicos de um programa educacional para terapeutas ocupacionais credenciados pelo ACOTE ou por organizações antecessoras;
- ter sido aprovado no exame de qualificação profissional reconhecido nacionalmente para terapeutas ocupacionais; e
- Cumprir os requisitos de cada estado para o licenciamento, certificação ou registro.

Programas Educacionais para o Terapeuta Ocupacional
Esses incluem os seguintes:

- Ciências biológicas, físicas, sociais e comportamentais
- Princípios básicos da terapia ocupacional
- Perspectivas teóricas da terapia ocupacional
- Triagem, avaliação e encaminhamento
- Elaboração e implementação de um plano de intervenção
- Contexto de prestação de serviços
- Gestão de serviços de terapia ocupacional (nível de mestrado)
- Liderança e gestão (nível de doutorado)
- Bolsa de estudos
- Ética profissional, valores e responsabilidades.

O trabalho de campo do programa é projetado para formar terapeutas ocupacionais competentes e generalistas em nível inicial, proporcionando experiência com uma variedade de clientes em todos os ciclos de vida e em uma variedade de contextos. O trabalho de campo é atrelado à concepção do currículo do programa e inclui uma grande experiência na prestação de serviços de terapia ocupacional, com foco na aplicação de ocupação e / ou pesquisa intencional e significativa, administração e gestão de gerenciamento de serviços de terapia ocupacional. O trabalho de campo foi

desenvolvido para promover o raciocínio clínico e a prática reflexiva, para transmitir os valores e crenças que permeiam a prática ética e desenvolver profissionalismo e competência nas responsabilidades da profissão. Estudantes em nível de doutorado também devem completar um estágio de campo planejado para desenvolver habilidades avançadas além do nível generalista.

Quem são os assistentes de terapia ocupacional?

Para atuar como assistente de terapia ocupacional, o indivíduo com formação nos Estados Unidos deve:

- se formar a partir de um programa de assistente de terapia ocupacional credenciado pelo ACOTE ou por organizações precedentes;
- concluir com êxito um período de experiência de trabalho de campo supervisionado exigido pela instituição de ensino reconhecida onde o requerente atenda aos requisitos acadêmicos de um programa educacional para assistentes de terapia ocupacional credenciado pelo ACOTE ou por organizações antecessoras;
- ser aprovado no exame de admissão - reconhecido nacionalmente - destinado aos assistentes de terapia ocupacional; e
- cumprir os requisitos do estado no que tange a licenciamento, certificação, ou registro.

Programas Educacionais Para O Assistente De Terapia Ocupacional

Esses incluem o seguinte:

- ciências biológicas, físicas, sociais e comportamentais
- princípios básicos da terapia ocupacional
- triagem e avaliação
- intervenção e implementação
- contexto da prestação de serviços
- assistência na gestão dos serviços de terapia ocupacional
- bolsa de estudos
- ética profissional, valores e responsabilidades.

O trabalho de campo do programa é projetado para formar assistentes de terapia ocupacional competentes e generalistas em nível inicial, fornecendo experiência com uma variedade de clientes em todo ciclo de vida e em uma variedade de contextos. O trabalho de campo é essencial para a concepção do currículo do programa e inclui uma grande experiência no fornecimento de serviços de terapia ocupacional para os clientes, com foco na aplicação de ocupação com finalidade e significado. O trabalho de campo foi desenvolvido para

promover o raciocínio clínico apropriado para o assistente de terapia ocupacional, para transmitir os valores e crenças que permitem a prática ética e para desenvolver profissionalismo e competência nas responsabilidades do assistente.

Regulamentação da Prática de Terapia Ocupacional

Todos os terapeutas ocupacionais e assistentes de terapia ocupacional devem praticar a profissão sob a lei federal e estadual. Atualmente, 50 estados, o Distrito de Columbia, Porto Rico e Guam, promulgaram leis que regulamentam a prática da terapia ocupacional.

October 1st, 2014

To whom it may concern:

The American Occupational Therapy Association grants the following parties:

- Profa Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza (UFTM)
- Profa Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra (UFTM)
- Valéria Meirelles Carril Elui (FMRP-USP)

Non-exclusive rights to translate the copyrighted material titled *The Occupational Therapy Practice Framework 3rd Edition* into Brazilian Portuguese for a fee of \$250.00 U.S.

This has been agreed upon by Christina Davis, Director of AOTA Press and the following parties:

Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza (UFTM)
Fabiana Caetano Martins Silva e Dutra (UFTM)
Valéria Meirelles Carril Elui (FMRP-USP)

Who are located at the following address:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM
Departamento de Terapia Ocupacional, Av Getúlio Guaritá,
n 159, sala 329, bairro Abadia, Uberaba/MG, Brasil, CEP: 38025-440