

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ANÁLISE E ADAPTAÇÃO DE ATIVIDADES I



UNIDADE CURRICULAR LECIONADA AO 2º ANO DO CURSO DE LICENCIATURA
EM TERAPIA OCUPACIONAL

Profª Helena Isabel da Silva Reis

ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i>	3
<i>ANÁLISE E ADAPTAÇÃO DE ATIVIDADES I</i>	3
Definição de Graduação.....	4
Definição de Adaptação.....	5
Requisitos da Atividade.....	8
<i>Comparação entre Graduação e Adaptação da atividade</i>	9
Adaptações para o propósito terapêutico	10
Princípios da Adaptação para compensar a limitação	11
<i>DESCREVER OS COMPONENTES DO MOVIMENTO</i>	13
<i>Guião para análise de videos de sessões terapeuticas analisadas em sala de aula</i> ...	16
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	18

INTRODUÇÃO

Esta Unidade Curricular tem como objetivos analisar tarefas e ocupações relacionadas com as diferentes áreas de desempenho, em diferentes contextos de prática, tendo em conta as competências de desempenho e os fatores inerentes ao cliente. Pretende ainda demonstrar ao estudante a forma de escolher e aplicar avaliações formais à criança a fim de analisar os resultados e poder selecionar e empregar atividades e ocupações adaptadas e graduadas, relevantes e significativas que suportem os objetivos da intervenção, em diferentes áreas de desempenho e contextos de prática.

Desta forma, é uma unidade curricular que descreve a análise e adaptação de atividades e relaciona-a com o raciocínio clínico e o processo de Terapia Ocupacional nas diferentes áreas e competências de desempenho, no contexto da função motora, cognitiva, psicossocial e ao longo da vida, em diferentes contextos de prática direcionando-o para a infância e adolescência.

A informação transmitida destina-se a oferecer ao estudante os instrumentos e ferramentas que lhe permitam sustentar a prática da profissão e demonstrar capacidade de raciocínio clínico.

ANÁLISE E ADAPTAÇÃO DE ATIVIDADES I

Após a conclusão desta unidade curricular, o aluno deverá ser capaz de:

- * Definir os termos de graduação e adaptação conforme são aplicados em intervenção na terapia ocupacional.
- * Explicar como graduar e adaptar as atividades pode contribuir para melhorar o desempenho do cliente.
- * Dar exemplos de uma atividade graduada em cada uma das áreas de desempenho ocupacional.
- * Dar exemplos de adaptações em cada uma das áreas de desempenho ocupacional.
- * Reconhecer áreas de especialidade na prestação de serviços relacionados com a graduação e adaptação de atividades.

Com uma compreensão completa de como realizar uma atividade, o estudante pode começar a ver maneiras em que a atividade pode ser avaliada ou adaptada para atender às necessidades específicas de um cliente. Assim como a análise, não há apenas uma maneira de avaliar ou adaptar atividades. Tanto a graduação quanto a adaptação são usadas no processo de intervenção para ajudar um cliente a alterar o seu desempenho. O profissional determina os valores intrínsecos dentro de uma atividade através da análise e, em seguida, pode classificar ou adaptar a atividade para desenvolver o seu valor potencial para um cliente específico (Trombly & Scott, 1977, p. 243).

Nesta Unidade Curricular, serão usadas várias abordagens para classificar e adaptar atividades.

"Um profissional de terapia ocupacional avalia e/ou adapta uma atividade escolhida para promover o sucesso de desempenho a um indivíduo ou para obter uma resposta específica "(Occupational Therapy Association [AOTA], 1993). Para o propósito desta unidade, "graduação" irá referir-se à alteração da

complexidade do que irá ser desempenhado e “adaptação” irá referir-se à modificação ou substituição dos objetos utilizados na execução da atividade.

DEFINIÇÃO DE GRADUAÇÃO

A graduação das atividades faz parte da vida cotidiana. Fazer uma lista de tarefas a fazer e verificá-la à medida que essas mesmas tarefas são concluídas é uma atividade graduada. Separar a roupa suja em pilhas de roupas de cor clara e escura antes de as colocar na máquina de lavar roupa é outro exemplo. Como a AOTA (1993) declara:

“As atividades graduadas desafiam a capacidade do doente ao mudar progressivamente o processo, ferramentas, materiais, ou ambiente de uma dada atividade para gradualmente aumentar ou diminuir as exigências de desempenho. Estas modificações graduais são desenvolvidas em resposta às mudanças dinâmicas do indivíduo de forma a proporcionar oportunidades para o desenvolvimento gradual de competências e benefícios terapêuticos relacionados.”

Graduar, significa organizar ou posicionar numa escala de tamanho, qualidade ou intensidade. A graduação pode ser comparada à medição do grau de execução de uma tarefa específica. A maioria dos estudantes experimenta "ser classificado" na escola, por outras palavras, como eles medem em relação a um determinado padrão. A graduação pressupõe estabelecer um objetivo e depois recuar para ver como completá-lo: o número de passos a dar, a quantidade de tempo despendido, e os detalhes necessários para executar os vários passos. De certo modo, está a inverter a análise de uma atividade. Executar a atividade é o objetivo. O desafio é como o cliente irá realizar a atividade dada as suas forças e limitações. O método utilizado para atingir esse o objetivo deve ser escolhido pelo terapeuta utilizando experiência profissional e perícia para determinar o meio mais apropriado. Graduar a atividade é querer que o cliente tenha sucesso na sua execução.

Alguns exemplos comuns de graduação incluem:

- * Desdobrar uma longa atividade em sequências mais pequenas em vez de se ocupar de toda a tarefa seguida, como por exemplo, a leitura de um capítulo numa leitura semanal em vez de tentar ler todos os sete capítulos na semana toda.
- * Organização dos itens de forma lógica e no local de trabalho de acordo com a sua utilização prioritária em vez de os ter todos espalhados na secretária, como por exemplo, a colocação de utensílios de escrita e papel na secretária do lado da mão dominante.
- * Aumentar ou diminuir o número de repetições de uma atividade, tal como caminhar uma distância mais longa até melhorar a resistência ou fazer menos trabalho de teclado para descansar os extensores de punho.

Outra forma de ver a graduação de uma atividade é comparar o processo no desenvolvimento normal. Para uma criança pequena, é normal brincar com um telefone (real ou réplica) tal como rodar o mostrador ou premir botões, segurar o recetor, falar com um amigo imaginário, e colocar o telefone de volta no descanso. À medida que uma criança cresce, o uso mecânico e adequado de um telefone vai ganhando importância, incluindo competências como a obtenção de números corretos, a compreensão do significado desses números e a escuta bem como a resposta. Mais tarde, são acrescentadas competências adicionais: a procura de números específicos por ordem alfabética, para fazer e receber chamadas, responder com cortesia, limitar as conversas telefónicas no tempo ou no assunto, lidar com opções telefónicas tais como reencaminhamento de chamadas, e executar chamadas de longa distância ou chamadas a crédito, com cartão. Não seria de esperar que uma criança pequena realizasse a atividade de fazer uma chamada telefónica ao mesmo nível que um adulto. Classificando a atividade ao que é apropriado para a capacidade do indivíduo, o profissional de terapia ocupacional proporciona o cenário, a oportunidade e os meios para que o indivíduo se adapte e domine a execução da tarefa.

Conhecer a história ocupacional do cliente é um recurso importante para determinar a forma de classificar a atividade. A ansiedade, o nível de interesse e as expectativas do indivíduo em relação à terapia ajudam o profissional a determinar onde e como se concentrar na melhoria do desempenho. Se dermos como exemplo a atividade de fazer uma chamada telefónica para fazer uma reserva, esta atividade pode variar em complexidade, desde ser a tarefa pouco frequente por parte de uma dona de casa até ser uma atividade muito frequente por parte de uma assessora de gestão.

O significado de executar componentes específicos desta atividade dentro de uma variedade de atividades versus realizar esta única atividade com sucesso como parte das necessidades profissionais da pessoa é uma distinção importante a ser feita.

Outro aspeto da graduação é a análise de onde deve começar a intervenção da terapia ocupacional. Há muitos tipos de formulários padronizados para "graduar" a capacidade da função do cliente durante uma avaliação. Observar o desempenho funcional dos clientes numa tarefa tal como a higiene oral, a alimentação, vestirem-se e desenvolverem tarefas domésticas é fundamental para o terapeuta ocupacional identificar problemas de atenção, memória, iniciação, segurança e julgamento, resolução de problemas, rastreio visual, consciência corporal, e/ou planeamento motor.

Através da graduação do desempenho do cliente, o profissional identifica com maior precisão a dificuldade específica. A intervenção pode ter início num ponto em que o cliente executa com sucesso com sessões subsequentes e gradualmente aumentar as exigências do profissional sobre o desempenho do cliente.

Todas as atividades utilizadas na intervenção da terapia ocupacional devem ser graduáveis. Com esse pré-requisito, cada atividade utilizada tem o potencial para documentar o progresso do cliente.

DEFINIÇÃO DE ADAPTAÇÃO

Uma revisão histórica e conceitual do uso do termo “Adaptação” em terapia ocupacional é uma parte importante na educação do estudante de terapia ocupacional. Uma lista de referências é dada no final desta unidade como um ponto de partida para aprender mais. Em certo sentido, o verdadeiro objetivo de toda a terapia ocupacional é facilitar as respostas adaptativas do cliente para promover a saúde e o bem-estar. O que é uma adaptação? Dito de forma simples, algo que torna mais fácil fazer alguma atividade. Tecnicamente, uma adaptação é uma mudança na estrutura, função, ou forma e que proporcione um melhor ajustamento ao ambiente em que as pessoas vivem. Para efeitos desta unidade, o termo “adaptação” está a ser utilizada como definido na descrição abaixo:

As adaptações terapêuticas referem-se ao desenho e/ou reestruturação do ambiente físico para ajudar o desempenho do cliente no autocuidado, trabalho e lazer. Isto inclui selecionar, obter, montar e fabricar equipamento, e instruir o cliente, a família e/ou equipa no uso apropriado e manutenção do equipamento. Também inclui pequenas reparações e modificações para um ajuste correto, posição, ou utilização. (AOTA, 1979).

As adaptações rodeiam-nos diariamente. Como seres humanos, estamos constantemente à procura de formas de executar as atividades de forma competente, eficaz e eficiente. Alguns exemplos comuns de adaptações são:

- * Aplicação de velcro para servir de fixador na aba de uma mala.
- * Ficheiros de informação codificados por cores para uma identificação mais rápida.
- * Usar phones para eliminar estímulos desagradáveis durante o trabalho.
- * Colocar etiquetas com identificação em várias chaves para ajudar a encontrar a chave correta.

A adaptação pode exigir a alteração da ferramenta ou técnica utilizada para realizar uma atividade. O terapeuta deverá avaliar se deve ou não utilizar um dispositivo para substituir um componente de desempenho específico concebido para funcionar em substituição da capacidade do cliente. Instalar uma barra de apoio numa casa de banho para facilitar as transferências é exemplo de uma adaptação.

As adaptações não alteram o resultado de uma atividade, mas os meios para realizar a atividade são propositadamente alterados de forma a torná-la ao alcance da capacidade do cliente. A procura de um número de telefone e a marcação pode ser uma tarefa difícil para o cliente que sofre de hemiparesia, perda de memória ou depressão grave. As adaptações podem incluir a criação de uma aplicação para substituir uma lista telefónica, com as fotografias das pessoas e locais para que o utente consiga remarcar ou ligar para quem pretende através da identificação visual apenas.

Em alguns casos, o terapeuta pode decidir não adaptar a atividade utilizada na intervenção. O cliente pode ser intervencionado para alcançar o mesmo nível de função antes da ocorrência da lesão, incluindo a realização da atividade como era "normalmente" realizado antes da disfunção. Por exemplo, uma mulher que sofre de um AVC pode beneficiar da utilização de um anti-derrapante enquanto come, mas motivada para aprender a atuar sem ele. O cliente também pode resistir ou negar a necessidade de ter adaptações até que a necessidade seja claramente demonstrada. Por exemplo, uma pessoa que experimenta uma

dupla amputação abaixo do joelho pode sentir que aprender a usar próteses é desencorajador e um incômodo até que o desejo de ser independente numa casa de banho pública fornece o significativo incentivo para a sua utilização. O cliente pode também ter preferência para realizar atividades de uma forma específica, mesmo com o gasto de energia física envolvida.

O objetivo e o significado ligados à forma como a atividade é realizada pode ser mais importante do que tornar a tarefa mais fácil de executar. Por exemplo, um homem com esclerose múltipla pode optar por usar um aparelho para as pernas em vez de uma cadeira de rodas para andar no casamento da sua filha.

O terapeuta deve saber quando se subordinar às preferências e aos desejos pessoais do cliente, mas sem nunca colocar em risco o bem-estar e a segurança do cliente. Mais uma vez, o contexto em que o cliente executa a atividade é uma componente importante para saber quando é necessária uma adaptação e quando é apropriado utilizá-la.

Os profissionais da terapia ocupacional estão cada vez mais envolvidos na prestação de serviços em áreas de especialidade de prática. Duas delas são aqui mencionadas devido à sua utilização específica de competências na adaptação e graduação de atividades.

A ergonomia é um campo de estudo que utiliza a ciência aplicada para adaptar especificamente o equipamento e o ambiente circundante para maximizar a produtividade humana. Adaptar condições de trabalho ajustadas ao trabalhador incluem adaptar o espaço físico, a iluminação e o input sensorial, bem como ferramentas e equipamento.

A tecnologia assistiva é formalmente definida como "qualquer item", peça de equipamento, ou sistema de produto, que tenha sido adquirido comercialmente, modificado, ou personalizado, e que é utilizado para aumentar, manter, ou melhorar o funcionamento capacidade dos indivíduos com deficiência" (Direito Público 100-407, Assistência relacionada com a tecnologia para indivíduos com a Lei das Deficiências de 1988). A utilização e o desenvolvimento da tecnologia ou da ciência aplicada eclodiu no passado meio século para atingir pessoas em todo o mundo numa miríade de formas.

A tecnologia pode ser uma ferramenta importante para o praticante quando usado apropriadamente para melhorar o desempenho profissional de um indivíduo. Como as próteses e as ortóteses, a tecnologia de assistência é uma das categorias de terapêutica de adaptações.

Os terapeutas ocupacionais estão bem preparados para trabalhar em ambos os campos devido à sua habilidade em adaptar atividades ou o ambiente para corresponder às necessidades do indivíduo.

Três pontos principais devem ser mencionados:

Primeiro: é importante não dinamizar atividades inadequadas como meio de graduação ou adaptando-as para melhorar o desempenho do cliente - por exemplo, fazer com que o cliente enrole massa em bolas de tamanho de ervilha para simular comê-las com um garfo em vez de praticar o jantar com alimentos e utensílios reais. A atividade deve ser significativa e com propósito, ao mesmo tempo que se combinam objetivos de intervenção. Sempre que possível, a substituição de uma situação real simulada deve ser evitada. Gradações realistas em vez de artificiais!

Em segundo lugar, o terapeuta deve frequentemente escolher entre fabricar uma adaptação para o seu utente utilizando tempo e materiais da clínica ou a compra de um produto comercial para o mesmo efeito. Pode ser mais rentável comprar um produto semelhante e modificá-lo para adaptar ao seu utente. Por outro lado, um artigo fabricado pode não estar disponível ou não ter a capacidade de estar personalizado para o indivíduo em questão e exigir que o terapeuta procure outras soluções.

A responsabilidade de adaptar um produto por parte do profissional ou comprá-lo diretamente são outras considerações que o terapeuta deverá fazer. Mais uma vez, o conhecimento, a experiência, e a resposta individual do cliente à atividade entrará na decisão de como o terapeuta irá proceder com a intervenção.

Terceiro, o terapeuta deve ser pessoalmente capaz de graduar e adaptar o desempenho profissional do utente. Ou seja, o terapeuta gradua e adapta não só as atividades utilizadas em intervenção, mas também o comportamento pessoal para identificar as necessidades do cliente. O terapeuta deve ajustar e "encaixar" as modalidades dadas às múltiplas variáveis: o estado de saúde do cliente, restrições de tempo, recursos disponíveis, normas de prática aceitáveis, aprovação médica, e outras terapias.

REQUISITOS DA ATIVIDADE

<u>Físico</u>	<u>Psicológico</u>
Sensação	Expressão de sentimentos
Integração Sensorial	Controle das emoções
Perceção	Tolerância à frustração
Consciência espacial	Lidar com a pressão
Planeamento Motor	Expressão de necessidades
Motricidade Global	Gratificação de Necessidades
Mobilidade	Sublimação
Equilíbrio	Brincar/explorar
Motricidade Fina	Tolerância ao Risco
Ritmo	Confiança
Coordenação	Independência
Força	Passivo ou ativo
Endurance	Criatividade
Amplitude de movimento	Testar a realidade
Postura	Mecanismos de defesa do Ego
Tipos de movimento	Exploração de sentimentos e motivações
	Responsabilidade
	Envolvimento
	Partilha

	Interação
	Autoconceito
	Imagem corporal
	Identificação
	Identidade Sexual

<u>Cognitivo</u>	<u>Interpessoal</u>
Atenção	Individual ou grupo
Concentração	Misto ou segregação de géneros
Discriminação	Comunicação
Generalização	Cooperação
Uso de símbolos	Competição
Perceber a causa e efeito	negociação
Pensamento abstrato	Compromisso
Realidade VS Fantasia	Liderança
Escolha	Estrutura
Linguagem	Regras
Seguir direções/demonstrações	Interação
Ler	Isolamento
Números	Variedade de relacionamentos
Orientação	Envolvimento
Noção temporal	Papeis e oportunidades
Memória	
Organização	
Planeamento	
Velocidade	
Imaginação	
Lógica	
Resolução de problemas	

COMPARAÇÃO ENTRE GRADUAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA ATIVIDADE

Graduação	Adaptação
É a forma pela qual as características físicas, cognitivas e psicológicas de uma atividade podem ser gradualmente modificadas	É uma forma pela qual as características físicas, cognitivas, psicológicas e ambientais são alteradas para completar uma atividade.

É a forma pela qual as características físicas, cognitivas, psicológicas e ambientais são alteradas para completar uma atividade.	Refere-se a alterações que são feitas às características do ambiente, atividade, ou ferramentas que são utilizadas para completar as atividades.
O terapeuta pode tornar qualquer tarefa mais difícil ou mais fácil, alterando a quantidade de passos ou de tempo.	Os terapeutas podem modificar ou adaptar ambientes ou ferramentas para ajudar o processo terapêutico.

ADAPTAÇÕES PARA O PROPÓSITO TERAPÊUTICO

Requisitos da Atividade	Adaptações	Propósito Terapêutico
Função do corpo	Posicionar a tarefa em relação à pessoa	Aumentar a exigência alvo dos músculos específicos; Promover movimentos; Permitir o desempenho
Função do corpo	Dispor objeto em relação um ao outro	Melhorar as capacidades perceptivas; Exigir movimentos específicos; Diminuir o gasto de energia; Permitir o desempenho
Função do corpo	Alterar braços da alavanca	Aumentar a força; Reduzir a força necessária; Evitar lesões
Ações Requeridas	Alterar o nível de dificuldade	Promover a cognição; Promover a percepção; Promover o planejamento motor
Ações Requeridas	Alterar as características e/ou textura dos materiais	Promover a força, a coordenação e alterar o sistema sensorial
Ações Requeridas	Alterar o método de fazer a atividade	Promover a performance; Promover a força, a coordenação e a destreza assim como as capacidades perceptuais e cognitivas.
Sequenciação e Tempo	Modificar os passos	Capacitar a performance; Promover a atenção e concentração; Promover a memória
Sequenciação e Tempo	Modificar o tempo	Capacitar a performance; promover a atenção e concentração; Promover a endurance muscular
Propriedades dos objetos	Alterar as pegadas das ferramentas e utensílios	Reduzir a tensão nas articulações dolorosas; Capacitar o desempenho

Propriedades dos objetos	Alterar o tamanho e a forma dos objetos	Promover o uso de ambas as mãos, Capacitar para o desempenho, Aumentar a força
Propriedades dos objetos	Alterar o conteúdo da cor entre objetos	Promover a discriminação figura-fundo; Promover o desempenho
Propriedades dos objetos	Modificar ou usar ferramentas suplementares ou utensílios	Promover o desempenho, Prevenir as deformidades, Prevenir as recidivas
Propriedades dos objetos	Acrescentar peso	Aumentar a força; reduzir os movimentos involuntários;
Propriedades dos objetos	Adicionar molas ou elásticos	Aumentar a força; Reduzir movimentos descoordenados; Ajudar na participação de músculos fracos

PRINCÍPIOS DA ADAPTAÇÃO PARA COMPENSAR A LIMITAÇÃO

Os seguintes princípios de adaptação são utilizados para compensar as limitações sendo afirmados por Radomoski e Latham (2014):

Fraqueza Muscular:

- Utilize objetos, utensílios e ferramentas leves;
- Deixe que a gravidade assista o processo;
- Providencie suporte externo, por exemplo, sentar o utente se o tronco ou as extremidades inferiores estiverem fracos, utilizar um apoio móvel do braço para quem apresenta fraqueza nas extremidades superiores proximais, ou tala para um pulso fraco;
- Utilizar dispositivos ou métodos de assistência para estabilizar objetos e substituir funções perdidas, tal como a preensão;
- Utilizar ferramentas e utensílios eletrônicos;
- Utilizar princípios biomecânicos de alavancas (por exemplo alongar o braço de força em relação ao braço de resistência) e fricção (por exemplo, aumentar a fricção para diminuir a potência necessária para beliscar ou agarrar)
- Utilizar as duas mãos ou tarefas normalmente realizadas com uma mão;

Baixa Endurance e/ou Fadiga:

- Utilizar métodos de conservação de energia
- Trabalhar em par para prevenir a fadiga
- Utilizar os princípios listados para fraquezas que reduzem a carga de trabalho, tais como utensílios leves e equipamento eletrônico
- Corresponder as exigências da atividade à capacidade
- Evitar posições stressantes e stressores ambientais

- Coordenar padrões ótimos de respiração com movimento durante as atividades para maximizar as trocas de oxigênio

Limitação de movimento:

- Utilizar ferramentas e utensílios de cabo longo para aumentar o alcance e/ou eliminar a necessidade de se dobrar sobre as pegadas
- Construir alças para compensar a gama limitada de movimentos de flexão dos dedos
- Armazenar coisas frequentemente utilizadas mais perto para reduzir o alcance
- Utilizar técnicas de proteção das articulações

Descoordenação:

- Estabilizar o objeto utilizado, incluindo a utilização de dispositivos de assistência que reduzam o seu deslizamento
- Estabilizar as partes proximais do corpo para reduzir o grau de liberdade, melhorando o controle das partes distais do corpo
- Utilizar utensílios pesados, equipamento de cozinha, ferramentas, etc.
- Utilizar adaptações que reduzam ou eliminem a necessidade da motricidade fina (por exemplo, substituir botões por velcro)

Perda da utilização de um dos lados do corpo:

- Fornecer dispositivos de assistência que substituam a função estabilizadora ou de retenção da extremidade superior envolvida
- Ensinar métodos com uma mão para atividades normalmente realizadas com duas mãos
- Fornecer dispositivos de assistência que transformem tarefas bilaterais em tarefas unilaterais
- Melhorar a destreza da extremidade superior não envolvida se a utilização do braço dominante estiver comprometida

VISÃO LIMITADA

Cegueira:

- Organizar o espaço de vida diária e salientar a importância de colocar tudo no seu lugar após a sua utilização (por exemplo, nos armários da dispensa, nas prateleiras dos frigoríficos e no armário dos medicamentos)
- Utilizar etiquetas em Braille ou scanners óticos para distinguir produtos enlatados, medicamentos, cores das roupas, etc.
- Utilizar dispositivos de assistência que funcionam através de comandos de voz
- Utilizar dispositivos de assistência que forneçam feedback auditivo, tátil ou cinestésico para compensar a baixa visão e a cegueira
- Eliminar a confusão ambiental
- Exigir que as tarefas tenham tempo extra

Baixa Visão:

- Fornecer altos contrastes de cor (por exemplo, caneca branca para café, toalhas coloridas numa casa de banho branca)

- Aumentar a luz numa tarefa aproximando luz durante a mesma, aumentando a potência ou mudando o fundo para aumentar o contraste
- Utilizar técnicas e dispositivos que aumentem o tipo ou as imagens;
- Reduzir a confusão visual
- Utilizar técnicas de digitalização organizada (por exemplo, da esquerda para a direita ou de cima para baixo) quando estão a funcionar num ambiente estacionário.

Pobre Sensitividade

- Proteger a parte anestésica de abrasões, hematomas, cortes e queimaduras
- Desenvolver o hábito de testar a temperatura em áreas cuja sensação cutânea se encontra intacta, por exemplo, testar a temperatura da água do banho com o antebraço se não sentir os dedos;
- Substituir a visão pela pobre consciência da posição e movimento dos membros ou para detetar a textura;
- Desenvolver hábitos de dirigir a atenção para a parte afetada;
- Incorporar a inspeção visual da pele na rotina diária

Memória pobre ou capacidades executivas

- Utilizar dispositivos de assistência que substituam a memória ou as capacidades organizacionais deficitárias (por exemplo pílulas, livros diurnos, notas adesivas, ou relógios/telefones/tabelas com alarmes programáveis ou aplicações de lembretes)
- Ensinar estratégias tais como escrever memorandos para si próprio, desenvolver afazeres e outras listas, e colocar objetos para conseguir chegar ao ponto necessário antes do tempo;
- Desenvolver hábitos relativos ao uso do tempo e como as atividades devem ser realizadas
- Ensinar estratégias de Auto consciencialização para melhorar o uso de métodos ou dispositivos adaptados

Dor nas costas ou pós-cirúrgico

- Ensine mecânicas corporais para o utente mover-se e levantar-se (por exemplo, segurar objetos perto do corpo e agachar-se para baixar o corpo em vez de se inclinar sobre o corpo)
- Utilizar equipamento de cabo alongado ou de mão curva ou sentar-se para substituir a flexão sobre a posição de mudança
- Quando estiver de pé, coloque um pé num degrau/banco para rodar a pélvis
- Descansar antes que a fadiga resulte em movimentos incómodos e descuidados

DESCREVER OS COMPONENTES DO MOVIMENTO

Numa sequência de decúbito ventral (DV) para sentado

1. Descrever os componentes do movimento

Base de suporte em DV: Todo o corpo.

Movimento:

- 1) A cabeça está rodada para o lado direito (fazendo apoio sobre a bochecha esquerda). Os membros superiores estão ao lado do tronco, em extensão e pronação, as omoplatas em abdução e os ombros em rotação interna. Os membros inferiores estão alinhados e em extensão. Os pés encontram-se em flexão plantar.
- 2) Ocorre flexão dos cotovelos com ligeira supinação dos antebraços, rotação externa dos ombros e adução e depressão das omoplatas para fazer o apoio das mãos no chão (junto aos peitorais).
- 3) Posteriormente ocorre alguma extensão dos cotovelos com extensão do tronco e anca, havendo uma maior transferência de peso para os membros inferiores. A cabeça continua ligeiramente rodada para o lado direito e acompanha o movimento do tronco.
- 4) Quase em simultâneo ocorre uma ligeira rotação do tronco e transferência de peso sobre o hemicorpo esquerdo, com alongamento do tronco do lado esquerdo e encurtamento do lado direito. A cabeça continua rodada para a direita.
- 5) Vai transferindo cada vez mais peso sobre o hemicorpo esquerdo, com mais rotação do tronco, passando a haver apoio apenas da mão esquerda e do membro inferior esquerdo no chão. O membro superior direito deixa de fazer apoio e fica com flexão do cotovelo, permanecendo junto ao tronco. Ocorre flexão da anca e ligeira flexão dos joelhos. O membro inferior esquerdo continua a fazer apoio no chão e o membro inferior direito está suspenso. O hemicorpo esquerdo dá estabilidade para que o hemicorpo direito tenha mobilidade. A cabeça está em alinhamento com o tronco. O lado esquerdo da cintura pélvica dá estabilidade para o lado direito se mover até fazer apoio no chão.
- 6) O peso é transferido para a cintura pélvica e membros inferiores. A mão esquerda deixa de fazer apoio. A anca encontra-se em flexão e os joelhos em extensão (posição sentada em long-sitting). O tronco está em extensão, as omoplatas em adução e a cabeça continua alinhada com o tronco. As mãos encontram-se sobre as coxas e os cotovelos em flexão.

Base de suporte na posição sentada: glúteos e membros inferiores

Observações: Existe uma boa relação entre cabeça e tronco, e entre tronco superior e inferior. É notório um bom alinhamento biomecânico, sincronia e harmonia de movimentos. Ocorre rotação no eixo do corpo e dissociação de movimentos entre cinturas escapular e pélvica. A sequência de movimento é realizada com rapidez (aproximadamente 4 segundos), eficiência e sem grande gasto energético.

2. Na mesma sequência, descrever o que acontece numa criança com diplegia espástica.

Quais os componentes em falta e como compensa habitualmente.

Base de suporte em DV: Todo o corpo, mas a base é mais estreita (membros inferiores em rotação interna e adução)

Movimento:

- 1) A cabeça está rodada para o lado direito (fazendo apoio sobre a bochecha esquerda). Os membros superiores estão ao lado do tronco, em extensão e pronação, as omoplatas em abdução e os ombros em rotação interna. Os membros inferiores encontram-se em adução e rotação interna. Os pés estão em flexão plantar.
- 2) Ocorre flexão dos cotovelos com ligeira supinação dos antebraços, ligeira rotação externa dos ombros e ligeira adução e depressão das omoplatas para fazer o apoio das mãos no chão (mãos abaixo dos peitorais).
- 3) Posteriormente ocorre a extensão dos cotovelos com extensão do tronco (hiperlordose lombar). A cabeça continua com inclinação para o lado direito e faz hipertextensão. A pélvis fica em anteversão mas deixa de fazer apoio no chão. Há uma maior transferência de peso para os joelhos, que se encontram em flexão. Os pontos de apoio são apenas os joelhos e as mãos.
- 4) Depois ocorre maior flexão dos joelhos e anca, levando a criança a assumir a posição de gatas.
- 5) Logo de seguida, ocorre uma ligeira rotação do tronco e transferência de peso sobre o hemicorpo esquerdo, com alongamento do tronco do lado esquerdo e encurtamento do lado direito.
- 6) A anca esquerda faz apoio no chão e a mão direita deixa de fazer o apoio. O cotovelo esquerdo faz flexão, passando a haver apoio do antebraço esquerdo no chão. Neste momento a base de suporte é o antebraço e mão esquerda, a anca esquerda e o bordo externo do pé esquerdo. A anca e os joelhos continuam em flexão. A cabeça também está em flexão.
- 7) O hemicorpo esquerdo tenta promover estabilidade para o hemicorpo direito se mover, mas tudo isto é difícil e os movimentos são realizados com pequenas amplitudes e com um enorme esforço por parte da criança. Observa-se pouca relação entre tronco superior e inferior e pouca dissociação de movimentos entre as cinturas escapular e pélvica.
- 8) A criança tenta “puxar-se” para a frente aumentando o tónus do membro superior direito (membro superior “puxa” o peso do corpo para a frente). É notório pouca atividade ativa do tronco contra a gravidade e grande compensação da cabeça em flexão e anteriorização.
- 9) A criança fica sentada sobre o sacro e com os joelhos muito fletidos, cabeça anteriorizada, ombros em flexão e rotação interna, omoplatas em abdução. A sua base de suporte são os calcâneos e o sacro, com

maior transferência de peso para o sacro. A criança utiliza um padrão de flexão das ancas, o que promove uma ligeira abdução das coxas e grande flexão dos joelhos. Apoio das mãos nos joelhos, “puxando” o peso do seu tronco/centro de gravidade para a frente. Padrão postural de flexão.

Base de suporte na posição sentada: sacro e calcâneos. Observações:

- Existe um encurtamento dos flexores da coxa, dos flexores dos joelhos e dos flexores plantares e um alongamento dos abdominais, dos glúteos e dos dorsi-flexores dos pés. Isto resulta de uma inadequada inervação recíproca entre os agonistas e antagonistas.
- Dificuldade no controlo postural e em estabilizar segmentos corporais para mover outros.
- Pouca atividade de tronco contra a gravidade e reduzida mobilidade pélvica.
- Dificuldade em fazer rotação do tronco no eixo do corpo. Existe uma grande tendência para realizar movimentos ântero-posteriores e evitar as rotações.
- Dificuldade em dissociar movimentos entre cinturas escapular e pélvica, assim como em dissociar movimentos dos membros inferiores (movimentos em “bloco” / dificuldade na seletividade de movimentos).
- Os movimentos são restringidos em amplitude e exigem esforço.

Ocorrem várias compensações durante a sequência do movimento de DV para sentar, nomeadamente ao nível da cabeça (primeiro hiperextensão e depois flexão e anteriorização) e do membro superior direito (para “puxar” o peso do corpo para a frente) decorrentes do ajuste que a criança necessita de fazer para permitir a manutenção do centro de gravidade e não cair. Durante toda a sequência do movimento a criança tem a boca aberta, fazendo alguns movimentos anterior-posteriores da língua. A respiração é oral.

A criança conseguiu sentar-se a partir da posição de DV, todavia foi necessário um enorme esforço e dispêndio de energia, ocorrendo compensações. A sequência teve uma elevada duração de tempo (aproximadamente 1 minuto).

GUIÃO PARA ANÁLISE DE VIDEOS DE SESSÕES TERAPEUTICAS ANALISADAS EM SALA DE AULA

I - ANÁLISE E ADAPTAÇÃO DA ATIVIDADE

1. Descrever brevemente o nome e a atividade
2. Descrever alguns aspetos do Contexto e Ambiente:
 - 2.1) Ambiente físico
 - 2.2) Contexto pessoal: idade da criança, género, etc. (descrever faixa etária)
 - 2.3) Contexto temporal

3. Descrever alguns requisitos da atividade
 - 3.1) Objetos utilizados
 - 3.2) Exigências espaciais
 - 3.3) Sequência das tarefas
4. Identificar os fatores inerentes ao cliente
5. Identificar, descrever e justificar as principais competências de desempenho

II – CORRELAÇÃO ATIVIDADE-CLIENTE

1. Objetivos Terapêuticos
2. Comportamentos Observados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Creighton, C. (1992). The origin and evolution of activity analysis. *American Journal of Occupational Therapy* 46:45-48. doi:10.5014/ajot.46.1.45. Retrieved June 20, 2018 from <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1876534>.

Trombly, C. A., & Scott, A. D. (1977). *Occupational therapy for physical dysfunction*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Trombly, C.A. (1996). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*, 5ª ed, Mosby Company, Philadelphia.

Radomski, M. & Trombly, C.A. (2008). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6ª ed). Filadélfia: Lippincott Williams e Wilkins.

Radomski, M. & Trombly, C.A. (2014). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (7ª Ed). Filadélfia: Lippincott, Williams e Wilkins.