

Terapia Ocupacional



Introdução à Terapia Ocupacional

A terapia ocupacional é uma profissão da área da saúde que promove prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.

É uma área que tem intervenção voltada para a pessoa e seu grupo social. O objetivo é ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.

Terapeuta ocupacional é o profissional de saúde, devidamente registrado no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito-9). É necessário ter formação acadêmica superior, habilitado a avaliar o paciente, buscando identificar alterações nas funções práticas, considerando faixa etária ou desenvolvimento da formação pessoal, familiar e social. A partir desta avaliação, traça o projeto terapêutico indicado que deve favorecer o desenvolvimento das capacidades psico-ocupacionais remanescentes. Além da melhoria do estado psicológico, social, laborativo e de lazer.

Especialidades reconhecidas pelo Coffito:

- Acupuntura
- Contextos Hospitalares
- Contextos Sociais
- Saúde Coletiva
- Saúde da Família
- Saúde Funcional
- Saúde Mental

Terapia ocupacional

Novo Brasão da Terapia Ocupacional e dos Terapeutas Ocupacionais (TO) 2017

A Terapia Ocupacional (TO[1]) é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica.. físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e / ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em terapia ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico. (FMUSP, 1997)

A Terapia Ocupacional é uma atividade que compete a especificidade nuclear ao Terapeuta Ocupacional. Profissional da saúde, com formação acadêmica superior, capacitado para atuar em todos os níveis de atenção à saúde de todas as faixas etárias.

Com formação generalista, humanística, ética, crítica e reflexiva, tem capacidade para atuar em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), compreendendo as políticas sociais como direito de cidadania, de forma a garantir a integralidade da assistência em todos os seus níveis de complexidade.

Um dos pilares da profissão é a utilização das diferentes propriedades presentes nas atividades humanas como recurso terapêutico para desenvolver, restaurar ou ampliar as capacidades funcionais das pessoas. O objetivo de sua ação é encontrar meios para que as pessoas alcancem sua autonomia, independência e utilizem ao máximo suas potencialidades.

Brasão da Terapia Ocupacional

O bastão de Esculápio, que representa o poder da cura, ganha uma releitura com o formato da letra T de terapia, simbolizando o processo de intervenção na ressignificação do cotidiano em busca da independência, autonomia, funcionalidade, participação e empoderamento social, sendo este representado pelas asas da Fênix, que remetem à transformação e renascimento para a vida ocupacional do sujeito. As serpentes traduzem a astúcia, criatividade e capacidade de resiliência dos terapeutas ocupacionais por meio da prescrição, adaptação, treino e aplicação de atividades significativas que compõem as ocupações, representadas aqui pela letra O, que remete ao sujeito ocupacional.

Da Antiguidade à Idade Moderna

Desde a antiguidade oriental e antiguidade clássica há referências ao longo da história do Homem que apontam para a importância da ocupação como processo terapêutico. Por exemplo, já em 2600 a.EC. (antes da Era Comum) os chineses consideravam que a doença resultava da inatividade física e utilizavam o treino físico como terapia. Por outro lado, os egípcios deixaram, cerca de 2000 a.EC., vestígios que revelam a utilização de templos onde pessoas “melancólicas” eram tratadas recorrendo a jogos e onde se defendia a aplicação do tempo em ocupações agradáveis. Na Grécia clássica, por volta de 600 a.EC., dizia-se que Asclepius, o deus da cura, utilizava cantigas, músicas e dramatizações para acalmar os delírios. Também o escritor e orador romano Séneca (30 EC.) defendia a utilização de cantigas e música para tratar qualquer tipo de agitação mental.

Por sua vez, Hipócrates (220 EC.) enfatizava a ligação entre o físico e a mente e recomendava a luta greco-romana, a equitação, o trabalho e os exercícios vigorosos.

Na Grécia e em Roma existiam templos (dedicados a Esculápio) cujos sacerdotes se dedicavam à cura de doentes mentais mediante o entretenimento e a diversão. Galeno, médico grego, e Séneca, filósofo e preceptor romano, aconselharam os poderes públicos para que mantivessem ocupados os doentes com agitação mental.

Na Idade Média uma doença era considerada uma provação ou um castigo de Deus, pelo que os doentes deviam aceitá-la como tal, com resignação, e as doenças mentais mais profundas eram tidas como estados de possessão demoníaca, sendo os doentes do foro mental mantidos presos em masmorras, acorrentados ou até queimados nas fogueiras.

Nos finais da Idade Média e séculos XVI e XVII, valeram-lhes as ordens religiosas e a piedade cristã. São destes tempos as acções de Frei Juan Gilaberto Jofré, que fundou em Valência, Espanha, por volta de 1409, o Hospital de los Santos Inocentes para doentes mentais e crianças abandonadas, mantendo os doentes ocupados nomeadamente com trabalhos agrícolas, e de São João de Deus que fundou em Granada, Espanha, a Ordem dos Irmãos do Hospital, que também assistia os doentes mentais usando idênticos métodos.

Do séc. XVIII ao séc. XX

A Terapia Ocupacional como ciência interdisciplinar e método de tratamento sistematizado nasceu na 2ª metade do século XVIII. Philippe Pinel (1745-1826), médico psiquiatra francês, teve conhecimento das experiências asilares em Espanha levadas a efeito pelas ordens religiosas e ficou impressionado com os resultados obtidos com os doentes mentais. Dedicou-se ao estudo

destas doenças e pacientes e à formulação de uma teoria e método de tratamento que são o fundamento da actual Terapia Ocupacional.

A Revolução Francesa proporcionou a Pinel a Direcção do Hospício psiquiátrico de Bicêtre, onde se deparou com a situação infra-humana dos doentes do foro mental rodeados de grades, presos em celas, acorrentados, com camisas-de-forças, sujos e rotos. Pinel levou a Revolução para o Hospício. Libertou os doentes e ocupou-os com variadas tarefas dentro do Hospital, nomeadamente com trabalhos de jardinagem, de cozinha e na recuperação dos espaços.

Os estudos psiquiátricos e resultados no terreno obtidos por Philippe Pinel são reconhecidos fora de França. Na Inglaterra, em 1815, Samuel Tuke(1784 - 1857) propôs a introdução do trabalho com método terapêutico nos hospitais ingleses.

Amariah Brigham (1798 - 1849) e Eli Todd (1769 – 1833) entendiam que não era o trabalho, como factor produtivo, que devia estar em causa, mas sim a possibilidade de manter o doente longe de suas ideias doentias, chamar sua atenção para o mundo em redor, estimular os seus interesses, levá-lo a retomar métodos de pensar e de ocupar-se, naturais e sadios.

Os criadores da Terapia Ocupacional

Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840), no livro "Des maladies mentales", escreveu: "O trabalho é um estimulante geral, com ele distraímos a atenção do doente da sua doença, fixamos a sua atenção em coisas razoáveis, tornamos a dar-lhe hábitos de ordem, estimulamos sua inteligência e, com isso, recuperamos muitos desses desafortunados."

No Séc. XX, na década de 1920, Hermann Simon (1867 - 1947) valorizou a utilização do trabalho no tratamento da doença, acabando com a ideia do doente mental improdutivo e, ao mesmo tempo, organizou o espaço asilar como local de valorização do trabalho. A praxiterapia trouxe novamente para a prática psiquiátrica a ideia de que o trabalho faz com que o paciente se torne um indivíduo responsável, activo e útil. No começo deste século, Hermann Simon procurava dar alguma forma de ocupação para cada paciente do hospital psiquiátrico que estivesse capacitado para tal. A teoria de Simon praticada apenas no campo dos trabalhos manuais não incluía distinção entre os vários tipos de doentes.

Foi Kurt Schneider (1887 – 1967) quem, em finais dos anos 1930, sistematizou os tipos de tratamentos adequados conforme os tipos de pacientes e graus da patologia, nomeadamente no campo da esquizofrenia.

As influências das I e II Guerras Mundiais

Como consequência da I e II Guerras Mundiais, surgindo a necessidade de tratar os feridos, a Terapia Ocupacional ganhou uma significativa importância. Foi neste contexto que se usaram pela primeira vez dispositivos, técnicas e métodos como análise de movimentos associados à incapacidade física. Sem dúvida, a expansão da Terapia Ocupacional foi grande, uma vez que o número de pacientes não parava de aumentar e consequentemente a necessidade de mais técnicos especializados nessa área de reabilitação, para poder intervir diretamente com amputados, traumatismos cranianos, indivíduos com alterações do foro psiquiátrico, como as neuroses de guerra.

Muitos outros exemplos ficaram registados ao longo do tempo sobre a importância da ocupação, a maioria das vezes ligados ao tratamento da doença mental. No entanto, o médico francês Philippe Pinel, só em 1786, daria início a uma reforma com implicações profundas no tratamento dos doentes mentais colocados em asilos. Essa reforma valorizou a importância da ocupação e ficou associada ao conceito de tratamento moral. Preconizando que “o trabalho executado com rigor é o melhor método para a boa moral e disciplina”, Pinel prescreveria exercícios físicos e ocupações manuais como forma de terapia.

Esta nova postura começou a ser difundida e a ter uma maior aceitação no decorrer do século XIX, levando ao crescente envolvimento dos doentes mentais nos trabalhos dos asilos onde estavam inseridos. Paradoxalmente, nos hospitais particulares surgiram resistências a esta reforma, porque se defendia que quem pagava para ser tratado não deveria ser posto a trabalhar. Muito mais tarde, em 1950, Dunton, por exemplo, haveria de questionar a credibilidade deste pressuposto (que o trabalho ou a ocupação beneficiavam os doentes), alegando que poderia haver interesses económicos por detrás desse trabalho. E assim, muitas vezes com base em observações empíricas ou apenas intuições, foi-se caminhando para o desabrochar daquilo que seria a futura profissão: Terapia Ocupacional.

Em 1915 foi criada a primeira escola para lecionar Terapia Ocupacional em Chicago, nos Estados Unidos da América. É como consequência do pós-guerra que se verifica o desenvolvimento da Terapia Ocupacional em Inglaterra, na área das disfunções físicas, com a criação de departamentos de Terapia Ocupacional nos hospitais militares, pois era necessário reabilitar os jovens militares incapacitados durante a guerra. Os primeiros departamentos de Terapia Ocupacional na área das incapacidades físicas valorizavam o exercício articular e muscular e possuíam várias ferramentas e maquinaria diversa

adaptada (por exemplo, máquinas de serrar com pedais). Predominavam atividades como a carpintaria e a pintura.

Em 1930 a Dra. Elisabeth Casson, após ter tido contato com as escolas americanas de New York e Boston, implementou na Dorset House Psychiatric Nursing Home, em Bristol, a primeira escola de treino em Terapia Ocupacional na Europa. Seria também em Inglaterra, em 1936, que se formaria a associação de terapeutas ocupacionais (AOT). No entanto, só nos países mais afetados pela Segunda Guerra Mundial (1939- 1945) se viria a implantar fortemente a Terapia Ocupacional, com a criação de novos e mais departamentos onde se sentia uma forte influência militar. Isto porque o trabalho deveria ter um papel relevante na reabilitação e integração dos soldados feridos, nomeadamente através da reaprendizagem das atividades da vida diária e artesanais.

Existia por isso a convicção de que a ocupação ajudava a retornar ao mundo da atividade normal e contribuía para que o paciente melhorasse simultaneamente das suas incapacidades. Surgia assim a ligação da ocupação ao modelo médico, embora com a preocupação de adequar cada atividade às necessidades individuais de cada pessoa em tratamento, valorizando a motivação e a autodeterminação. Nos anos oitenta, vários autores questionaram esta ligação ao modelo médico, embora reconhecendo ter sido importante para a credibilidade da Terapia Ocupacional. Sentindo o risco da perda de identidade profissional (muitas vezes havia similitude entre a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia), retomaram o conceito primordial que liga a ocupação à saúde. Defendem que a ocupação é fundamental para a saúde, bem-estar e confere sentido à vida.

No novo paradigma, os terapeutas ocupacionais propõem-se intervir em qualquer situação onde ocorra alteração do desempenho ocupacional. Na sua intervenção, centrada no cliente, os terapeutas ocupacionais utilizam as atividades significativas como meio ou como objetivo final, para restaurar o desempenho ocupacional alterado. Em 1952 foi criada a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais. Desta organização fazem parte associações de terapeutas ocupacionais de todo o mundo.

A terapia ocupacional no Brasil

As ideias sobre assistência psiquiátrica imperantes após a Revolução Francesa tiveram uma influência, tendo sido um dos factores determinantes para isso a vinda da família real portuguesa para o Brasil.

Em 1852 no Rio de Janeiro se deu início o uso das ocupações como forma de tratamento com a fundação do Hospital D. Pedro II. Já em 1854, no Hospício Pedro II havia oficinas de sapataria, alfaiataria, marcenaria, florista e fiação de estopa. Em 1903, Juliano Moreira (1873 — 1932) foi nomeado diretor do

Serviço de Assistência Psiquiátrica pelo estímulo do trabalho como meio de beneficiar os doentes.

Em 1911, Juliano Moreira criou uma colônia para mulheres em Engenho de Dentro (Rio de Janeiro) onde a terapêutica pelo trabalho passou a ser executada com maior extensão. No entanto, foi com a criação da Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, que o tratamento pelo trabalho tomou grande impulso, principalmente os trabalhos do campo (plantio de frutas, cultivo de hortas, criação de gado etc.).

Em São Paulo, sob a designação de praxiterapia, iniciou-se o funcionamento do hospital Juqueri (atual hospital Franco da Rocha) onde o tratamento foi introduzido por Francisco Franco da Rocha (1864 — 1933) Franco da Rocha e Pacheco e Silva introduziram lá o tratamento pelo trabalho intitulado na época por "praxiterapia" (utilização terapêutica do trabalho, distribuindo-se tarefas de complexidade crescente; terapia ocupacional). Em 1931, Ulisses Pernambuco introduziu a ocupação terapêutica no nordeste do Brasil.

"Em meados da década de 1940, quando Nise da Silveira iniciou seu trabalho no Centro Psiquiátrico Nacional - hoje Hospício Pedro II, do Rio de Janeiro -, a polarização que existia nas primeiras décadas do século, e que dividia a psiquiatria entre as práticas ergoterápicas e o desenvolvimento de bases científicas e orgânicas, se havia desfeito. A ergoterapia fora condenada ao limbo e as práticas correntes baseavam-se em eletrochoques, lobotomias e, posteriormente, em terapia química e medicamentosa. Nise opôs-se frontalmente a tais procedimentos, colocou-se desde o início num embate contra a psiquiatria de seu tempo. Para ela, a vida psíquica deveria ser pensada como processo constante de interação com aquilo que cerca cada ser humano. A psicopatologia, numa dimensão fenomenológica, consistiria em planos de experiência, em modos de existência e de estar no mundo. Seu interesse era penetrar no mundo interno dos esquizofrênicos, aproximar-se deles, conhecer-lhes a dor e, ao mesmo tempo, melhorar suas condições de vida. Para isso, passou a gerenciar um setor sem recursos no Centro Psiquiátrico Nacional, o Setor de Terapêutica Ocupacional, considerado, na época, um método destinado a apenas 'distrair' ou contribuir com a economia hospitalar." (in artigo sobre 'Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira' de Eliane Dias de Castro e Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima) (Ver)

Grandes marcos

Os programas para incapacitados físicos surgiu no Brasil somente em 1940, decorrente do Movimento Internacional de Reabilitação. Órgãos como a Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência

e a cultura (UNESCO), difundiram leis protecionistas aos deficientes físicos e propondo a implantação de programas específicos para a essa população.

Enquanto o movimento internacional de reabilitação se originou nos países que participaram da I e II guerra mundial no Brasil havia a preocupação com as doenças crônicas ex: Tuberculose, deficiência congênita, acidentes de trabalho, acidentes no trânsito e doentes ocupacionais. E foi nesse contexto que surgiu a Terapia Ocupacional no Brasil.

Em 1951 a ONU enviou para a América latina emissários responsáveis para achar um local para ser implementado um Centro de Reabilitação, ficando escolhido o hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Onde o local já usava a laborterapia desde da década de 40.

De 1956 a 1965 instituto de Reabilitação recebeu auxílio técnico internacional para preparar um técnico local para assumir o serviço, nessa comissão técnica internacional estava também Elizabeth Eagles, o após o término do treinamento foi escolhida Maria Auxiliadora Cursino Ferrari.

Em 1959, iniciou-se a formação "técnico de alto padrão" em fisioterapia e terapia ocupacional com a duração de 2 anos. Em 1963 deu-se a aprovação do currículo mínimo de 3 anos.

No Brasil, a profissão foi regulamentada em 13 de Outubro de 1969 pelo decreto-lei n. 938, publicado no diário oficial n. 197, de 14 de outubro de 1969.

Modelos de Terapia Ocupacional

Cientistas e profissionais vêm sistematizando modelos de Terapia Ocupacional atendendo ao tipo de doente, grau da doença ou incapacidade, maior ou menor disfunção e integração social do doente no seu meio (familiar, laboral, de relações). Entre outros modelos, anotamos os seguintes:

Modelo de Desempenho Ocupacional: - pretende habilitar o doente para o desempenho de tarefas de forma satisfatória, que sejam apropriados ao estado de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. Como tarefas consideram-se todas aquelas que o indivíduo leva a cabo na sua vida do dia-a-dia (ser estudante, ser pai, ser mãe, por ex.)

Modelo de Reabilitação: - pretende reabilitar o doente de forma a permitir a sua independência nas atividades da vida diária, atividades produtivas e atividades de lazer.

Modelo Biomecânico: - modelo que se baseia em atividades adaptadas às capacidades do doente, que podem ser utilizadas para tratar a diminuição da amplitude e dificuldades do movimento.

O modelo de Reabilitação e Atenção Psicossocial:

O modelo psicodinâmico: Este modelo toma como referência teórica diferentes conceitos psicanalíticos, inicialmente a teoria freudiana do desenvolvimento psíquico, a teoria das pulsões, a teoria da estrutura mental e a teoria das relações objetais

Modelo Comportamental: - o modelo baseia-se nas teorias e trabalhos experimentais de Pavlov (1849 – 1936), de Edward Thorndike (1874–1949) e de B. F. Skinner(1904 – 1990). A ideia central das teorias comportamentais consiste na afirmação de que a aprendizagem é a base de todos os comportamentos, que influencia o indivíduo conduzindo-o para um comportamento adaptativo ou para um comportamento inadaptado. Quando a aprendizagem se aplica à Terapia Ocupacional, o utente é visto como tendo desenvolvido um repertório de comportamentos adaptativos e inadaptados, que determinam a sua habilidade para funcionar em actividades da vida diária, tais como trabalho, actividades recreativas e lazer.

Modelo de Incapacidade Cognitiva: - modelo desenvolvido em Terapia Ocupacional por Claudia Kay Allen através de duas décadas de observação intensa e investigação empírica no campo da psiquiatria. Segundo Allen a incapacidade cognitiva representa uma restrição fisiológica ou biomecânica das capacidades de processamento de informação do cérebro, que produz limitações observáveis e mensuráveis no comportamento de rotina. Este modelo foi desenvolvido para conceptualizar estratégias de intervenção para pessoas que, como resultado de patologia cerebral, não são capazes de realizar as suas actividades diárias normais. O modelo deriva de pesquisa realizada nos campos das neurociências, processamento de informação, psicologia cognitiva e psiquiatria biológica.

Modelo de Neurodesenvolvimento: - Berta e Karel Bobath criaram o modelo de Neurodesenvolvimento como parte do seu trabalho nos anos 1940-50, com pacientes com paralisia cerebral e acidente vascular cerebral. A base para a elaboração deste modelo provém da observação do desenvolvimento normal e dos conhecimentos já conseguidos em neurofisiologia. As posturas do corpo, o tónus muscular, os movimentos dos membros, etc., podem definir o tratamento adequado que permitirá a reabilitação do doente, que passará por uma recuperação do cérebro ou das zonas lesadas deste.

Modelo de Ocupação Humana ou 'modelo moral': - este modelo baseia-se em teorias que tiveram o seu começo nas proposições filosóficas articuladas pelos fundadores da profissão no princípio do século XX. Toda a ocupação humana procede duma tendência espontânea, inata do sistema humano, a necessidade de explorar e dominar o ambiente. Este modelo considera o indivíduo como um sistema aberto que evolui e sofre diferentes formas de crescimento, desenvolvimento e mudança através da interacção progressiva com o ambiente externo.

Modelo de Integração Sensorial: - baseando a sua estrutura teórica na neurobiologia, Anna Jean Ayres (1920 - 1989) utilizou dados de neurociência, neuropsicologia e neurofisiologia, e desenvolveu uma abordagem ao tratamento que teve um impacto muito grande na profissão do terapeuta ocupacional. As suas investigações iniciais com crianças com incapacidade para a aprendizagem originaram postulados acerca da função cerebral que permitiram a elaboração da sua teoria. Segundo este modelo, a aprendizagem baseia-se nas experiências sensório-motoras e depende da capacidade da criança em receber informações sensoriais provenientes da interação do corpo com o meio ambiente, processando e integrando essas informações no sistema nervoso central, para posteriormente poder utilizá-las de uma forma organizada e adaptada.

Áreas de enquanto campo de conhecimento e intervenção, pode ser aplicada nas áreas.

1. Intervenção terapêutica ocupacional no ambiente hospitalar - Neo-natais, Unidades de Terapia Intensiva, Pré-consulta, Pacientes terminais, Alas específicas e outros;
2. Intervenção ou extensão das medidas de reabilitação - Na comunidade, em ambulatórios especializados, na composição de equipas interdisciplinares, etc;
3. Intervenção em saúde mental nos processos de reabilitação e inserção social de pacientes psiquiátricos;
4. Atuação no contexto social para ampliação das redes sociais de suporte de grupos desfavorecidos economicamente;
5. Extensão ou intervenção em processos de ressocialização para todas as pessoas com desvantagens sociais;
6. Intervenção, extensão e análise em projetos na área de saúde do trabalhador (Ergonomia, Adaptações, Saúde mental).

Utilizando-se de atividades diversas para restaurar a capacidade dos indivíduos para realizar também atividades, os terapeutas ocupacionais têm como principal recurso terapêutico a atividade (ou ocupação) humana. Os terapeutas ocupacionais, ou TOs como denominados por uns, vêem o homem como um ser ocupacional, um ator no mundo mudando-o e sendo mudado por ele, alguém que se realiza por aquilo que constrói.

No quotidiano do homem, são realizadas atividades a todo o tempo desde o momento em que se nasce até à morte, num ciclo denominado vida. Essas acções (denominadas atividades da vida diária) podem ser complexas, como construir um prédio, ou simples, como conseguir vestir as próprias roupas, preparar o café da manhã, tomar banho ou escovar os dentes. Mas todas estas

acções possuem um ponto em comum que as tornam fundamentais, elas são significativas. Possuem traços individuais que são únicos a cada indivíduo. Assim, o terapeuta ocupacional reabilita através de actividades, as também actividades de trabalho, do lazer e do auto-cuidado.

O Terapeuta Ocupacional pode actuar através da prevenção, habilitação ou da reabilitação (saúde). Todas as pessoas que possuem uma disfunção ocupacional nas suas actividades da vida diária são elegíveis de obter ganhos através da terapia ocupacional. Sendo que a disfunção ocupacional ocorre quando não se consegue realizar de maneira satisfatória as actividades de trabalho, lazer e auto-cuidado. Desta forma, pessoas com disfunções neurológicas (Parkinson, Alzheimer, por ex.), com condições incapacitantes ou degenerativas (cancro, artrose, artrite reumatóide, fibromialgia, etc), com disfunções motoras (traumatismos do membro superior, coluna, etc.), com disfunções relacionadas com o trabalho (lesão por esforço repetitivo, stress, baixo rendimento, etc.), com condições pediátricas incapacitantes (hiperactividade, distúrbios do brincar, distúrbios de aprendizagem, síndromes diversas, distúrbios de coordenação, etc.), com transtornos mentais (psicose, depressão, transtornos obsessivos compulsivos, neuroses e outros transtornos mentais) são o público-alvo do terapeuta ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais actuam numa variedade de lugares como clínicas e centros de reabilitação, hospitais gerais (em ambulatórios, enfermarias ou em unidades e centros de terapia intensiva), maternidades, creches, escolas especiais, escolas regulares, asilos, postos e centros de saúde, centros de saúde mental, organizações e projectos sociais oficiais ou não governamentais, empresas, instituições de ensino superior.

Lugares onde atua o Terapeuta Ocupacional

Entre as possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional, podem-se destacar:

Hospitais gerais e especializados;

Centros e Clínicas de reabilitação;

Centro de Saúde-escola;

Clinicas Particulares

Unidades de Saúde da Família, UBS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Instituições para o cuidado de pessoas com transtorno mental: Centro e Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), Hospitais – Dia, residências terapêuticas;

Instituições geriátricas e centros de convivência gerontológico;

Serviços de atenção domiciliar e home-care

Escolas de ensino regular e escolas especializadas, creches;

Programas de inclusão social;

Fundações e em projetos de reeducação social;

Programas de liberdade assistida, casa-abrigo, sistemas prisionais;

Projetos sociais e organizações não-governamentais (ONGs): associação comunitária, associação de bairro, centros de convivência;

Cooperativas de trabalho, grupos de geração de renda;

Centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST), empresas;

Instituições de ensino superior;

Atividades de assessoria e consultoria

Atividades de pesquisa

Áreas de Especialização

Especialidades reconhecidas Pelo COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional)

Terapia Ocupacional em Acupuntura

Resolução COFFITO Nº 405 de 03 de Agosto de 2011

Grandes Áreas de Competência

Realizar consulta terapêutica ocupacional, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;

Avaliar funções tegumentares, sensórias perceptivas e de dor, articulares e viscerais, neurovegetativas, constituição física e tipológica, qualidade de vida;

Identificar alterações e distúrbios energéticos em meridianos e a ausência da homeostasia;

Realizar avaliação física do cliente/paciente/usuário;

Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes próprios;

Solicitar, realizar e interpretar exames complementares;

Aplicar testes e exames em Acupuntura;

Montar, testar, operar equipamentos e materiais;

Decidir, prescrever e executar a terapêutica apropriada em Acupuntura;

Determinar diagnóstico e prognóstico terapêutico ocupacional;

Planejar e executar medidas de prevenção e redução de risco;

Prescrever e executar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;

Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva;

Aplicar medidas de biossegurança;

Determinar as condições de alta terapêutica ocupacional;

Prescrever a alta terapêutica ocupacional;

Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta terapêutica ocupacional;

Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados terapêutico ocupacionais;

Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais.

Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares

Resolução COFFITO nº 429 de 08 de julho de 2013.

Grandes Áreas de Competência

Processo de saúde e doença e epidemiologia;

Sistemas de Saúde;

Políticas sociais de saúde, educação, trabalho e promoção social;

Fundamentos históricos e teóricos metodológicos da terapia ocupacional;

Atuação em equipe inter, multi e transdisciplinar; Ética, bioética, cuidados paliativos e tanatologia;

Próteses, órteses, dispositivos de tecnologia assistiva e comunicação e acessibilidade;

Humanização hospitalar;

Procedimentos e intervenções terapêutico – ocupacionais;

Ocupação, atividades e recursos terapêuticos;

Desenvolvimento ontogenético e psicossocial;

Ergonomia;

Farmacologia aplicada;

Suporte básico de vida;

Instrumentos de mensuração e avaliação relacionados ao paciente, familiares e cuidadores;

Princípios do tratamento quimioterápico, radioterápico, de abordagens cirúrgicas e de controle da dor;

Gerenciamento de serviços e gestão em saúde;

Medidas de controle de infecção hospitalar e biossegurança.

Terapia Ocupacional em Contextos Sociais

Resolução COFFITO N° 406 de 07 de novembro de 2011

Grandes Áreas de Competência

Realizar Avaliação, planejamento, coordenação, acompanhamento de atividades humanas como tecnologia complexa de mediação sócio-ocupacional para a emancipação social, desenvolvimento socioambiental, econômico, sócioeducacional e cultural em suas dimensões simbólicas, cidadã e econômica – de pessoas, famílias, grupos e comunidades urbanas, rurais e tradicionais;

Avaliar, planejar, coordenar, desenvolver, acompanhar estratégias sócio-ocupacionais, econômicas e cooperativas ou outras formas associativas e/ou individuais de geração de renda, de produção de bens, de serviços, de saberes, de pertencimento identitário, de compreensão e potencialização de saberes tradicionais e de valores sociais e culturais;

Desenvolver atividades consideradas como tecnologia de mediação sócio-ocupacional e cultural a fim de fortalecer e/ou de desenvolver redes de suporte e de trocas afetivas, culturais, econômicas e de informações, valorizando os saberes, os modos de vida, os laços familiares e de apoio já existentes, facilitando o acesso às experiências diversas de manifestações culturais, artísticas e expressivas, desportivas, ritualísticas e linguísticas;

Identificar os potenciais econômicos das comunidades e das alternativas de geração de renda, relações de trocas materiais e simbólicas e de formação de valores para favorecer as atividades grupais e comunitárias participativas em que haja interdependência no fazer;

Realizar a reconstituição da memória e da história coletiva, da história das relações inter-geracionais e de valorização das formas socioculturais de expressão;

Realizar histórias ocupacionais e condição de participação na comunidade em que habitam a fim de desenvolver estratégias de adaptações ambientais e urbanísticas, mobilidade, acessibilidade, pertencimento sociocultural e econômico e outras tecnologias de suporte para inclusão sociocomunitária para o acompanhamento de pessoas, grupos e famílias e comunidades urbanas, rurais e tradicionais;

Planejar e executar atividades orientadas para a participação e facilitação no desempenho sócio-ocupacional e expressivo de pessoas com deficiência e de crianças, jovens, adultos e idosos em processos de ruptura de redes, em situações de vulnerabilidade social, favorecendo a circulação no território e em diferentes espaços socialmente significativos e acessíveis;

Desenvolver atividades sócio-ocupacionais para favorecer processos de participação e inclusão, a cidadania cultural e as interfaces entre cultura, saúde, assistência social e a diversidade cultural;

Desenvolver atividades voltadas para a participação social e econômica, expressivas e de geração de renda;

Promover a articulação das ações de educação, saúde, trabalho e direitos humanos além da reabilitação/reinserção social, o fortalecimento de redes de relações; planejar, acompanhar e orientar as ações ligadas à oferta e à execução do trabalho;

Realizar atividades sócio-ocupacionais para promoção e na gestão de projetos de qualificação profissional, iniciação e aperfeiçoamento na população apenas processo avaliativo sócio-ocupacional e dos componentes do desempenho ocupacional;

Orientar e capacitar monitor de ofícios e oficineiros com a finalidade de facilitar o aprendizado do ofício pelos participantes das oficinas;

Desenvolver atividades por meio de tecnologias de comunicação, informação, de tecnologia assistiva e de acessibilidade, além de favorecer o acesso à inclusão digital, no âmbito da comunidade, como ferramentas de empoderamento para pessoas, famílias, grupos e comunidades;

Realizar ações e intervenções em diversas modalidades de moradia, habitação e abrigo tais como residências inclusivas, repúblicas, albergues, casalar, casa de passagens entre outros dispositivos, facilitando por meio do desempenho ocupacional individual e coletivo e de atividades significativas à

construção de projetos de vida, de formas de gestão, de formação de redes territoriais e de apropriação dos recursos e dispositivos comunitários;

Planejar, orientar e realizar os atendimentos de pessoas no ambiente prisional e seus familiares; elaborar programas, projetos e ações individuais, grupais, familiares e coletivos com a finalidade de promover a reabilitação e reinserção social, afetiva e econômica;

Atuar com a população em situação de rua tendo como tecnologia de mediação sócio-ocupacional as atividades culturais, econômicas, estéticas, expressivas, esportivas, corporais, lúdicas e de convivência que sejam significativas e constituídas dialogicamente com o objetivo de facilitar o contato inicial, observar formas de circulação na cidade e nas redes de serviços, a fim de realizar o estudo do cotidiano e auxiliar na organização da vida cotidiana, da vida prática e ocupacional para elaborar projetos de vida singulares, favorecer o pertencimento social e cultural além do acesso às trocas econômicas e ao mercado de trabalho;

Atuar por meio de tecnologia complexa de mediação sócio-ocupacional em situações de calamidades e catástrofes, traumatismos vinculados à violência, conflitos e guerras, atuando na organização e reorganização da vida cotidiana, econômica, sociocultural, nas atividades de vida diária e de vida prática, na formação de redes sociais de suporte a pessoas, famílias, grupos e comunidades;

Atuar na área de educação por meio de ações de educação em saúde, facilitação do processo de inclusão escolar, avaliação, prescrição, confecção, treino e adaptação de recursos de tecnologia assistiva facilitadora do processo de aprendizagem;

Atuar na área da cultura por meio da identificação de necessidades e de demandas e para o estudo, a avaliação e o acompanhamento de pessoas, famílias, grupos e comunidades urbanas, rurais e tradicionais para atenção individual, grupal e/ou comunitária com acompanhamento sistemático e monitorado em serviços, programas ou projetos para promover a inclusão e a participação cultural e a expressão estética das populações, grupos sociais e pessoas com as quais trabalha;

Acompanhar o desenvolvimento humano nos ciclos de vida a fim de contribuir para o compartilhamento do brincar e das atividades lúdicas; para o processo de inclusão escolar, de profissionalização, inclusão laboral e de aposentadoria; para o convívio social e para o acesso a equipamentos de assistência, valorizando a apropriação dos espaços e do fazer coletivo;

Atuar em contextos educativos, de ensino formal e não formal, para a elaboração de projetos de vida e programas que visam a participação e a cidadania de crianças e jovens em meio urbano e rural;

Atuar junto a comunidades tradicionais, respeitando os princípios éticos implicados na coabitação de diversidades, de perspectivas múltiplas e nas dinâmicas sociais e históricas implicadas;

Produzir instrumentos de avaliação, acompanhamento e gestão dos programas de capacitação e de produção dos recursos sócio-educativos;

Avaliar, acompanhar, classificar, gerenciar programas sócio-ocupacionais, culturais, de inserção social e da vida econômica, de educação, de recuperação psicossocial e de promoção de direitos de pessoas submetidas ao sistema prisional;

Propor, avaliar, monitorar, classificar, gerenciar programas sócio-ocupacionais, culturais, expressivas, de inserção social e da vida econômica, de educação, de participação e acompanhamento de pessoas em cumprimento de programas de medidas sócio-educativas em meio aberto, PSC – Prestação de Serviços à Comunidade e LA – Liberdade Assistida;

Realizar estudos e pesquisas pertinentes e atuar na capacitação de pessoas, grupos e comunidades respondendo a necessidades do campo de ação;

Desenvolver estudos quantitativos e qualitativos necessários à elaboração, desenvolvimento e gestão de projetos no campo social, sendo igualmente capacitado para promover estudos e transferência de conhecimento e de tecnologia no campo social;

Realizar análise crítica e situacional para propor, formular diagnose, planejamento, implementação e avaliação de medidas sócio educativas, protetivas, de desenvolvimento e de gestão social;

Registrar em prontuários, cadernos e diários de campo e outras formas de registro sistemático dos dados de pessoas, grupos, famílias e comunidades com os quais atua; elaborar os encaminhamentos de pessoas, grupos, famílias com os quais atua.

Terapia Ocupacional em Gerontologia

Resolução COFFITO Nº 477, de 20 de Dezembro 2016

Grandes Áreas de Competência

Realizar consulta, avaliação, solicitar inter consulta, exames complementares e pareceres para definir o diagnóstico, a intervenção e o prognóstico terapêutico ocupacional, voltados para autonomia e independência das pessoas idosas;

Realizar estratégias de promoção, prevenção, manutenção e/ou reabilitação das funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, orientação espacial e temporal), sensoriais e motoras no âmbito do desempenho ocupacional da pessoa idosa;

Realizar atividades educativas em todos os níveis de atenção à pessoa idosa, familiares e cuidadores/acompanhantes, bem como aos profissionais, estudantes e população em geral;

Aplicar e interpretar as escalas, questionários e testes funcionais, uni e multidimensionais, validados para pessoas idosas;

Solicitar, realizar e interpretar exames complementares necessários ao estabelecimento do diagnóstico e prognósticos terapêuticos ocupacionais e prescrição de condutas terapêuticas ocupacionais;

Determinar o diagnóstico e prognóstico terapêutico ocupacional;

Prescrever, confeccionar, testar, avaliar, adaptar, treinar, gerenciar e aplicar métodos, técnicas, recursos e procedimentos tecnológicos, assistivos, de realidade virtual e práticas integrativas e complementares adequadas à pessoa idosa, familiares, cuidadores e comunidade para a execução das atividades humanas e participação social assim como para facilitação ambiental;

Prescrever, gerenciar e treinar o uso de órtese e prótese necessárias a otimização do desempenho ocupacional e integração da pessoa idosa;

Promover a adequação e o gerenciamento de rotinas;

Prescrever, analisar e intervir no desempenho ocupacional nas Atividades de Vida Diária (AVDs) básicas, intermediárias e avançadas; nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs); na produtividade envolvendo trabalho remunerado ou não; no manejo das atividades domésticas, educação, descanso, sono, lazer e participação social e, em seus padrões de desempenho (rotinas e hábitos, rituais e papéis ocupacionais), considerando os diferentes contextos culturais, pessoais, físicos, sociais, temporais e virtuais;

Realizar posicionamento no leito, transferências, sedestação, ortostatismo, deambulação e orientar e capacitar o idoso e seus cuidadores visando otimização, manutenção e recuperação do desempenho ocupacional;

Orientar, planejar, prescrever, elaborar, gerenciar e promover adequações ambientais, tendo como parâmetro a acessibilidade, funcionalidade, segurança e redes de apoio para as pessoas idosas, no seu domicílio e em outros contextos sociais;

Participar de planos interdisciplinares e transdisciplinares, de convívio e integração inter geracional, por meios de recursos terapêuticos ocupacionais;

Coordenar Grupos, Oficinas Terapêuticas e Educativas para as pessoas idosas e/ou seus familiares e cuidadores;

Avaliar e intervir no processo de reabilitação psicossocial da pessoa idosa;

Determinar as condições de inter consultas e de alta terapêutica ocupacional, incluindo plano de cuidados domiciliares ou institucionais;

Emitir laudos, atestados, pareceres e relatórios terapêuticos ocupacionais;

Estabelecer e executar plano de cuidados paliativos para as pessoas idosas, tanto no campo terapêutico ocupacional quanto no contexto da equipe interdisciplinar;

Realizar consultoria gerontológica, elaborando plano de gestão de cuidados e rotina para família e idosos;

Participar de ações de gestão em serviços de referência ao atendimento da pessoa idosa e ações de controle social;

Desenvolver, por mediação sócio ocupacional, atividades orientadas para a participação e facilitação no desempenho ocupacional e expressivo de idosos com deficiência, com processos de ruptura de rede, de risco, desvantagem e vulnerabilidade social para desenvolver redes de suporte e de trocas afetivas, econômicas e de informações;

Desenvolver estratégias de pertencimento sociocultural e econômico, adaptações ambientais, organização da vida cotidiana, construção de projetos de vida, acessibilidade e outras tecnologias de suporte para inclusão sócio comunitária e de favorecimento do diálogo intercultural.

Anatomia geral dos órgãos e sistemas e, em especial, as alterações celulares e morfológicas que ocorrem no processo de envelhecimento;

Fisiologia dos órgãos e sistemas e, em especial, as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento;

Processos de envelhecimento, ciclos de vida, processos de saúde/doença;

Demografia e epidemiologia do envelhecimento;

Aspectos multidimensionais do envelhecimento: social, psicológico, espiritual, cronológico, biológico, funcional e suas teorias;

Envelhecimento ativo e qualidade de vida da pessoa idosa;

Fisiopatologia do envelhecimento;

Capacidade do desempenho ocupacional, independência e autonomia;

Ergonomia e biomecânica ocupacional;

Neurociências, neuropsicologia;

Síndromes geriátricas;

Avaliação multidimensional do idoso;

Farmacologia aplicada ao envelhecimento;

Técnicas e recursos tecnológicos aplicados à Gerontologia de densidades tecnológicas leves, leves-duras e duras;

Indicadores de saúde para idosos;

Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas;

Desafios do envelhecimento nas diferentes regiões do país;

Políticas públicas de saúde, assistência social, educação, trabalho, cultura e lazer voltados para a população idosa e a intersectorialidade;

Desenvolvimento ontogênico e psicossocial;

Ética, bioética, cuidados paliativos, tanatologia;

Gerenciamento de serviços e gestão em saúde, na assistência social, cultura, lazer e na educação;

Atuação em equipes de atenção à pessoa idosa, familiares, cuidadores e comunidade;

Fundamentos técnico-científicos, históricos e metodológicos da Terapia Ocupacional na atenção à pessoa idosa;

Próteses, órteses e dispositivos de tecnologia assistiva, comunicação visando a participação social e acessibilidade para a pessoa idosa;

Procedimentos e intervenções terapêuticas ocupacionais na atenção integral à pessoa idosa, nas modalidades individuais e grupais;

Análise da atividade e dos recursos terapêuticos e intervenção terapêutica ocupacional à pessoa idosa, grupos e comunidades;

Suporte básico de vida: procedimentos e recomendações;

Humanização, ética e bioética.

Terapia Ocupacional em Saúde da Família

Resolução COFFITO Nº 407 de 18 de agosto de 2011 .

Grandes Áreas de Competência

Ciências Biológicas e da Saúde: função e disfunção dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, epidemiologia, bioética e processo saúde doença;

Ciências Sociais e Humanas: estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde/doença nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos e antropológicos;

Conteúdos específicos da terapia ocupacional relacionados à política de saúde da família;

Princípios epistêmicos da Saúde Pública e Saúde Coletiva, a partir da territorialização, do trabalho em equipe multiprofissional com ações interdisciplinares e intersetoriais, compreensão de hábitos, de costumes, de tradições, da diversidade, de modos de realização da vida cotidiana, de atividades da vida diária e instrumentais de vida diária, de trabalho, de lazer, de saberes e conhecimentos, de participação comunitária, de história da vida ocupacional, comunicacional e expressiva de pessoas e coletivos;

Próteses, Órteses e Tecnologia Assistiva;

Ciências Sociais e Políticas relacionadas à saúde.

Desempenho Ocupacional na Saúde da Criança e do Adolescente;

Desempenho Ocupacional na Saúde do Adulto;

Desempenho Ocupacional na Saúde do Idoso.

Terapia Ocupacional em Saúde Mental

Resolução COFFITO Nº 408 DE 18 de Agosto de 2011

Grandes Áreas de Competência

Realizar consulta, triagem, entrevista, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento em saúde mental;

Realizar avaliação ocupacional, dos componentes percepto-cognitivos, psicossociais, psicomotores, psicoafetivos e sensoperceptivos no desempenho ocupacional; avaliar os fatores pessoais e os ambientais que, em conjunto, determinam a situação real da vida (contextos); avaliar as restrições sociais, atitudinais e as do ambiente; realizar avaliação da função cotidiana em saúde mental; avaliar AVD e AIVD;

Realizar, solicitar e interpretar exame psíquico-ocupacional e exames complementares; aplicar testes dos componentes do desempenho ocupacional que sustentam a Saúde Mental; realizar reavaliações;

Atribuir diagnóstico do desempenho ocupacional e da função cotidiana em saúde mental; realizar diagnóstico diferencial e contextual;

Planejar tratamento e intervenção, acolher a pessoa, promover, prevenir e restaurar a saúde mental em qualquer fase do cotidiano da vida; planejar, acompanhar e executar etapas do tratamento e alta; redesenhar as atividades em situação real de vida e promover o reequilíbrio dos componentes percepto-cognitivos, psicossociais, psicomotores, psicoafetivos e sensoperceptivos do desempenho ocupacional; redesenhar as atividades em situação real de vida e reduzir as restrições ambientais e atitudinais; adaptar a atividade, o ambiente natural e o transformado; desenhar atividades em ambiente controlado (setting terapêutico) para facilitar, capacitar, desenvolver e reequilibrar os componentes do desempenho ocupacional.

Conceber e supervisionar oficinas terapêuticas visando à internalização de valores laborais e econômicos, socioculturais e psicossociais; aplicar estratégias de intervenção individual e grupal; utilizar animais na assistência à saúde mental; utilizar técnicas corporais e artístico-culturais; planejar, reorganizar e treinar as AVDs e AIVDs; realizar atendimento domiciliar; orientar, educar e capacitar a família, cuidadores e a rede de apoio;

Prescrever tecnologia assistiva;

Planejar condições de segurança, aplicar vigilância, promover condições de justiça ocupacional;

Registrar e guardar a evolução clínica e relatórios em prontuário próprio;

Emitir laudos, atestados e pareceres.

Fundamentos da terapia ocupacional em saúde mental;

Fundamentos da Ciência Ocupacional;

Modelos da terapia ocupacional aplicados a saúde mental;

Políticas públicas de saúde mental;

Processo saúde/doença mental nas suas múltiplas determinações: o trabalho, as relações, o ambiente natural, o ambiente transformado, os valores sociais, o ócio, a recreação, entre outros;

Desenvolvimento ontogênico dos componentes psicomotores, psicoafetivos, psicossociais, percepto-cognitivos e sensoperceptivos;

Estilo de vida e saúde mental;

Análise da atividade e da ocupação humana aplicada a saúde mental;

Avaliação de tecnologias em saúde mental;

Epidemiologia – determinantes da alteração das condições de saúde mental;

Saúde coletiva;

Bioética.

Desempenho Ocupacional Psicossocial;

Desempenho Ocupacional Psicoafetivo;

Desempenho Ocupacional Psicomotor;

Desempenho Ocupacional Percepto-cognitivo;

Desempenho Ocupacional Sensoperceptivo.

Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional – LPTO

Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais ABRATO 2007

Grupo I – Consulta

1 Consulta

Grupo II – Avaliação

1 avaliação do desempenho ocupacional

2 avaliação dos componentes de desempenho ocupacional.

3 avaliação para prescrição de recursos de ajuda técnica e adaptação ambiental (domicílio / creche / escola / empresa / espaços comunitários)

4 avaliação da acessibilidade/ergonomia no domicílio, creche, escola, empresa e/ou espaços comunitários

5 reavaliação

6 outras avaliações

Grupo III – Aplicação de testes

1 aplicação de testes

2 aplicação de outros testes

Grupo IV – Aplicação das Atividades Terapêuticas Ocupacionais

1 estimulação, treino e/ou resgate das atividades das áreas do desempenho ocupacional

2 tratamento dos componentes de desempenho ocupacional

3 aplicação de métodos / técnicas / abordagens específicas

4 adequação ambiental

5 realização de oficinas terapêuticas

6 atendimento grupal / grupo de atividades

7 atividades em grupo

8 acompanhamento terapêutico

9 atividades terapêuticas ocupacionais

Grupo V – Dispositivos de Tecnologia Assistiva

1 prescrição e confecção de recursos de tecnologias outras assistivas

2 treinamento do uso de prótese, órtese e/ou outros dispositivos de tecnologia assistiva

3 ajuste de órteses e/ou demais dispositivos de tecnologia assistiva

4 preparação pré-protética

5 outros procedimentos relacionados à tecnologia assistiva

Grupo VI – Ergonomia/Atividades de Trabalho

1 planejamento ergonômico da empresa

2 readaptação profissional

3 treinamento para atividade laborativa

4 outros procedimentos relacionados à ergonomia atividades de trabalho

Grupo VII – Orientações e Capacitações

1 orientação familiar

2 orientações externas

3 orientação a cuidadores

4 capacitação de cuidadores

5 orientações a oficineiros

6 orientação em educação em saúde

7 outros procedimentos relacionados a orientações e capacitações

Grupo VIII – Consultoria / Supervisão / Assessoria / Apoio / Auditoria

1 planejamento global

2 consultoria / supervisão

3 supervisão técnica terapêutica ocupacional

4 supervisão técnica em serviço

5 assessoria técnica

6 assessoria política

7 apoio institucional

8 auditoria em serviços de saúde

9 outros

Grupo IX – Contextos de Atendimento

1 atendimento hospitalar.

2 atendimento ambulatorial

3 atendimento domiciliário

4 instituições de longa permanência

5 outros contextos

Procedimentos de Terapia Ocupacional Descrição dos Procedimentos

Grupo I – Consulta

1 Consulta: Procedimento que inclui a coleta de dados e o contrato terapêutico ocupacional. Antecede os demais procedimentos.

Grupo II – Avaliação

1 Avaliação do Desempenho Ocupacional: Procedimento que identifica habilidades e limitações do indivíduo, para a realização das Atividades da Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, Atividades Escolares e de Trabalho e Atividades de Lazer, com utilização de testes padronizados, estruturados ou adaptados para se obter dados quantitativos e/ou qualitativos,

referentes ao desempenho ocupacional: Favorece diagnóstico terapêutico-ocupacional e elaboração do plano terapêutico.

Saúde

A definição de saúde possui implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença; sem dúvida, a definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde: saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.

Introdução Os conceitos de ocupação e atividade são conceitos centrais para a Terapia Ocupacional e vêm sendo utilizados ao longo do tempo e se ressignificando conforme o país, a cultura e o período histórico. Neste processo, diferentes países seguiram caminhos próprios, que conduziram a distintas utilizações conceituais destes termos. Desde o início da profissão, a sociedade ocidental já tinha conhecimentos sobre formas apropriadas de viver e uma parte importante desta forma saudável de viver era expressa através da ocupação (KANTARTZIS; MOLINEUX, 2011). Nesta direção, Ivarsson e Müllersdorf (2008) apontam que um dos objetivos da pesquisa em Terapia Ocupacional é descobrir a relação entre ocupação humana e saúde, que é um pressuposto central da profissão.

Foi realizada uma revisão sistemática sobre o tema. A revisão sistemática avalia e sintetiza os resultados das pesquisas encontradas na literatura, procurando mapear todo o conhecimento existente sobre um tópico.

Alguns Exercícios Terapêuticos

Abrir um pote, uma garrafa d'água ou uma lata, ou mesmo fazer faxina em casa, pode se tornar um exercício complexo e bastante difícil para quem sente dores nas mãos.

Para evitar lesões e outros problemas, porém, é possível fazer exercícios simples, com massinha de modelar ou até mesmo uma toalha

A dica principal ao realizar os movimentos é evitar bolinhas duras, que impedem o fechamento completo das mãos. As massinhas são as melhores opções porque permitem o exercício completo. No entanto, os especialistas explicaram que existem diversos tipos de massinhas com densidades diferentes - o ideal é começar com uma mais mole e aumentar a densidade conforme as mãos vão ficando mais fortes. A recomendação é fazer 3 séries de 10 movimentos, mas só as pessoas que não sentem dor nas mãos - quem

sente, deve primeiro procurar a ajuda de um especialista. Confira abaixo o passo a passo.





Além disso, é bom evitar digitar com a mesma mão que você segura o celular. Prefira dividir o trabalho entre as duas ou apoie o aparelho em alguma superfície. Para quem trabalha usando o computador, inclusive, a recomendação é fazer alongamentos e pausas a cada hora. Ao digitar, é importante também manter a postura do jeito certo - coluna reta, pés apoiados a 90 graus e braços e cotovelos sobre a mesa.

Essa recomendação postural é importante porque o tronco e os ombros são fundamentais para o funcionamento das mãos já que as sustentam e também os cotovelos. Por isso, tê-los bem posicionados melhora também a posição das mãos e permitem que os movimentos sejam feitos com mais eficiência e menos esforço.

SENSIBILIDADE

Materiais: um pote contendo arroz até a metade e aproximadamente 10 grãos de feijão ou milho.

Com a visão obstruída, procurar os 10 grãos misturados no arroz com o membro superior afetado.

FORÇA MUSCULAR

Materiais: massa elástica e exercitador manual

Utilizar a massa para realizar movimentos lentos de flexão, extensão, adução e abdução dos dedos. Você pode utilizar massas de silicone feitas especialmente para exercícios terapêuticos ou adquirir outra, desde que tenha elasticidade (sugestão: marca SOFT, vende geralmente em papelarias ou armarinhos).

Quantidade de movimentos: 10

Repetições: 2

Flexão – Flexione os dedos, apertando a massa até que a ponta dos dedos encontrem a palma da mão através dela. Flexione o polegar separadamente.

Extensão – Junte os dedos com o polegar e use a massa para envolvê-los. Lentamente, separe todos os dedos, esticando a massa.

Adução – Posicione a massa entre cada um dos dedos adjacentes, apertando-a.

Abdução – Junte os dedos adjacentes e posicione a massa como um anel em torno de dois dedos, separando-os.

Utilizar o exercitador manual para movimentos de flexão e extensão dos dedos.

Flexão – Com os elásticos posicionados na face dorsal do punho, flexione os dedos lentamente.

Extensão – com os elásticos posicionados na face ventral do punho, estenda os dedos lentamente.

COORDENAÇÃO MOTORA FINA

Sugestões:

– Enfiar miçangas na linha

– Contornar desenhos

– Treinar a escrita

– Alinhavar

Lembrando, claro, que cada paciente traz suas próprias necessidades

O momento da alta é uma conquista para muitos: para o paciente, que se esforçou em seguir as terapias, para os familiares que se dispuseram a apoiar, levar, buscar, adquirir materiais e dispositivos necessários, e para o profissional, que aplicou todo o seu conhecimento para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Coordenação motora

Danos neurológicos como aqueles causados por derrame ou por ferimentos na cabeça podem reduzir sua coordenação motora. A coordenação motora fina são os movimentos pequenos, coordenados e precisos, geralmente envolvendo as mãos ou os dedos, e requerem que o cérebro, os músculos e o esqueleto ajam em conjunto para serem realizados. O desenvolvimento dessas habilidades geralmente ocorre na primeira infância, aparentemente sem dificuldades, na maioria dos casos. A repetição de ações como a escrita, a alimentação e a higiene pessoal aprimora essa parceria entre o cérebro, os músculos e o esqueleto. A desconexão entre esses elementos pode ser causada por várias condições, incluindo autismo, derrames, ferimentos na cabeça ou qualquer outra condição que afete um deles.

A coordenação motora fina é melhor desenvolvida quando o paciente trabalha sobre uma superfície vertical. Afixar um pedaço de papel a uma parede é a forma mais simples de criar essa situação. O paciente deve ficar de pé em frente ao papel e desenhar ou traçar figuras existentes, da esquerda para a direita e de cima para baixo. O que é importante é que o pulso esteja em extensão, ou seja, que a mão esteja dobrada em direção ao braço. Um quadro negro, quadro branco ou cavalete podem ser utilizados para esse exercício vertical.

Algumas vezes a falta de coordenação motora fina está relacionada a um desenvolvimento muscular insuficiente. Músculos que não estão acostumados a serem usados cansarão rapidamente e serão menos eficazes na realização da tarefa desejada; alguns exercícios simples que fortalecem as mãos e os dedos podem aliviar esse problema. Apertar uma bola é uma forma de trabalhar esses músculos; outra forma de visar dedos individuais é enrolar um elástico ao redor de um dedo e segurá-lo com a outra mão, criando uma resistência que o dedo visado deve superar. Empurrar a mão e os dedos contra um colchão é outra forma de exercício de resistência. Até mesmo abrir e fechar os dedos firmemente pode ajudar a melhorar a função desses músculos.

Uma grande parte do sucesso da coordenação motora fina vem da coordenação entre os olhos e as mãos. Assim que as mãos aprendem a

trabalhar, elas devem aprender a seguir as instruções elaboradas pela recepção visual e interpretação sensorial do cérebro. Um exercício para melhorar essa coordenação é usar um pegboard. O princípio por trás do exercício é que o paciente remove os ganchos dos buracos e os coloca de volta, o que requer que os olhos e as mãos trabalhem em conjunto. Conforme o paciente realiza melhor a tarefa, a adição de um cronômetro pode fornecer o incentivo para aprimorar essas habilidades. O objetivo do paciente é superar seu próprio melhor tempo em colocar os ganchos nos buracos. Para muitas pessoas, principalmente adultos, os exercícios mais eficazes são os práticos. Os pacientes querem ver como esses exercícios se relacionam com suas vidas; praticar comer com talheres, pentear os cabelos e escovar os dentes pode ajudar a aprimorar a coordenação motora fina.

Para melhorar a coordenação dos movimentos finos, nas mãos, podem ser feitos exercícios de Terapia Ocupacional, que a princípio parecem fáceis, mas são extremamente maravilhosos e eficazes. Neste, ao encaixar as pecinhas do Lego, melhorei a força na mão. Ah, movimentos finos são aqueles que não damos conta que fazemos no automático: abotoar as roupas, colocar os brincos, digitar, segurar copos e talheres, etc.

Para atenuar os sintomas do TDAH, o terapeuta ocupacional usa atividades recreativas, que estimulam as crianças a utilizarem habilidades artísticas, corporais e que envolvem a criação do próprio conteúdo trabalhado. Essas atividades devem contar com o apoio tanto do núcleo familiar quanto do âmbito escolar, pois elas promovem a organização do indivíduo, ajudam a construir sua independência e estruturar veias emocionais.

Ou seja, é preciso deixá-las brincar. A criança quando brinca consegue criar e recriar situações em que se sente desafiada. Isso faz com que sacie sua curiosidade, desenvolvendo um modo pessoal para vivenciar sentimentos de angústia, insegurança e medo, melhorando não só os sintomas clássicos, mas também a autoestima.

O atendimento de um terapeuta ocupacional pode ser feito tanto em seu consultório, quanto no ambiente escolar ou à domicílio, podendo ser individual ou em grupo. Porém é necessário que ele seja continuado nos ambientes comuns à criança. Como a falta de atenção pode atrapalhar tarefas fáceis como vestir-se, comer um prato até o final ou prestar atenção em instruções, exercícios de percepção cognitiva são cruciais para ajudar a estabelecer regras e limites para atividades, além de estimular a atenção e a concentração na vida diária. Uma forma de tratar, incluir e não excluir.

Educação, assistência social e, claro, saúde. A abrangência do trabalho do Terapeuta Ocupacional não é visível apenas nas muitas áreas em que atua, mas na própria definição da profissão. A Terapia Ocupacional é uma área do conhecimento que estuda e trata pessoas com alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, segundo o site do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

A formação envolve tanto as áreas de saúde quanto de ciências sociais, uma vez que a intenção principal é cuidar de uma forma mais global do paciente ou cliente. Um acidente pode deixar mais que cicatrizes em uma pessoa e às vezes as sequelas vêm em limitações motoras, psicológicas ou mesmo sociais. Tudo isso pode estar correlacionado de forma que cuidar de apenas uma parte de cada vez talvez não seja o modo mais apropriado de agir. E é aí que entra o Terapeuta Ocupacional.

Durante o tratamento, o primeiro passo é fazer uma avaliação física e/ou social considerando faixa etária, desenvolvimento e formação pessoal e familiar de quem está recebendo o atendimento. “A pessoa não é só um braço ou uma perna”, pontua a professora. O terapeuta ocupacional, então, tem a missão de observar e descobrir os mais variados problemas que afetam aquela pessoa e o que pode ser feito para saná-los ou diminuí-los. “O diferencial desse profissional é seu olhar amplo sobre as sequelas e o que elas acarretam para a vida das pessoas”

As especializações podem ser em várias áreas como: acupuntura, contextos hospitalares, contextos sociais, saúde coletiva, saúde da família, saúde funcional, saúde mental. Assim, os locais de trabalho mais comuns são clínicas e hospitais, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), presídios, empresas particulares e públicas, além de projetos sociais, instituições de ensino superior, creches e escolas.

Reabilitação: Terapia Ocupacional

DIAGNOSTICO

Reimplante do 2º dedo da mão esquerda.

IMOBILIZAÇÃO: 2 meses.

AValiação:

Avaliação de sensibilidade com monofilamento;

Apresentou sensibilidade no 5º dedo.

Massagem cicatricial;

CURSOS UTILIZADOS;

Cinesioterapia à flexão e extensão de punho e dedos; Ganho de ADM;

Movimentação passiva; Diminuição da dor

Exercícios resistivos.

Massa densidade macia; Massageado; Power web;

Sugador (ventosa): aderência da cicatriz.

Digiflex.

Trabalhar com a massa de silicone (densidade média);

Utilizar as bola de Thera band para diminuir a dor na adução da mão;

Continuar exercícios de movimentação passiva e ativa:

Exercícios no Power web;

Exercícios de flexão e extensão de punho e dedo, para ganho de à AMPLITUDE DE MOVIMENTO;

Massagear para aliviar a dor;

Fazer uso do sugador (ventosa) + massagem cicatricial para tratar a cicatriz e evitar a aderência cicatricial.

Paciente relata que apesar de suas limitações obtiveram melhoras significativa em relação as atividades de vida diária, sendo orientado a dar continuidade nos exercícios realizados na sessão em casa.

Terapia Ocupacional: Reabilitação de pacientes com sequelas de AVC

Essas células foram descobertas por acaso em 1994 na Universidade de Parma, Itália, pelos neurocientistas Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi e Vittorio Gallese. Eles constataram que a simples observação de ações alheias ativava as mesmas regiões do cérebro dos observadores normalmente estimuladas durante a ação do próprio indivíduo. Ao que tudo indica, nossa percepção visual inicia uma espécie de simulação ou duplicação interna dos atos de outros (ver “Reflexo revelador”, *Mente&Cérebro* 161, junho de 2006).

Em 2001, um grupo coordenado por um de nós (Giovanni Buccino), também de Parma, resolveu estudar esses neurônios mais a fundo. Usando ressonância magnética funcional (fMRI), os pesquisadores mediram a atividade cerebral de voluntários enquanto eles assistiam a um vídeo que mostrava seqüências de movimentos de boca, mãos e pés. Dependendo da parte do corpo que aparecia na tela, o córtex motor dos observadores se ativava com maior intensidade na região que correspondia à parte do corpo em questão, ainda que eles se mantivessem absolutamente imóveis. O cérebro parece associar a visão de movimentos alheios ao planejamento de seus próprios movimentos. Poderia essa propriedade espelho ser útil no tratamento de certos distúrbios neurológicos?

Observar e reaprender

Os neurônios-espelho têm despertado o interesse de um número cada vez maior de médicos e fisioterapeutas que lidam com pacientes com seqüelas motoras decorrentes de acidente vascular cerebral (AVC). Tais seqüelas costumam ser minimizadas, até certo ponto, graças à fisioterapia e à plasticidade cerebral, fenômeno em que regiões próximas à área lesionada pouco a pouco vão assumindo as funções comprometidas. No entanto, essa recuperação parcial depende de treinamento intensivo durante longo tempo. A pergunta que intriga os especialistas da área é: a observação prévia dos movimentos a serem reaprendidos não aceleraria o processo? É bem possível que a coordenação seja mais fácil se os neurônios-espelho responsáveis por esses movimentos forem estimulados em uma espécie de pré-aquecimento.

Tudo leva a crer que a atividade dos neurônios-espelho depende de quão bem conhecemos o que estamos vendo. Deve ser por isso que, ao final do treinamento, nossos pacientes eram capazes apenas dos movimentos que já dominavam antes do AVC. Sabemos que o controle de seqüências de movimentos completamente desconhecidas envolve processamento consciente. Quem nunca jogou tênis, por exemplo, dificilmente irá aprendê-lo apenas pela observação e imitação.

Outro fato significativo para a prática clínica é o de o mesmo movimento poder surgir em diferentes contextos e servir para objetivos diversos. Por exemplo: quando alguém, à mesa do café da manhã, pega uma xícara, pode estar querendo tomar um gole de café ou apenas tirar o objeto de cima da mesa. Será que é preciso se concentrar conscientemente na intenção de uma ação para ativar os próprios centros pré-motores? O neurocientista Marco Iacoboni, da Universidade da Califórnia em Los Angeles, investigou essa questão. Os participantes do estudo coordenado por ele também assistiram a vídeos curtos nos quais o mesmo movimento era apresentado, cada vez com um objetivo diferente: numa cena uma pessoa pegava uma xícara para beber o que havia nela; na outra, para lavá-la. Também foram mostradas as mesmas ações desvinculadas de contexto e ainda objetos como pratos, talheres e copos, sem que nada se movesse

O que podemos afirmar é que a simulação interna por meio da estimulação dos neurônios-espelho não apenas permite prever as intenções alheias como abre novos caminhos para que pessoas que sofreram derrame voltem a dominar movimentos que acreditavam para sempre perdidos.

Entender as intenções de outros é fundamental para o comportamento social, e os neurônios-espelho de humanos pareceram conferir essa capacidade em um experimento projetado para testar seu reconhecimento de intenções. A voluntários foram exibidos clipes de vídeo mostrando duas ações similares de pegada de xícara sem contexto, dois contextos sem ação e combinações de atos e contextos que sinalizavam a intenção da ação: um arranjo para o chá da tarde sugeria que a xícara estava sendo pegada para o propósito de beber, o outro, que o chá tinha acabado e a xícara tinha de ser lavada. A ativação de populações de neurônios-espelho em áreas do córtex pré-motor em ambos os hemisférios cerebrais dos participantes foi maior em resposta a cenas de ação com claras intenções. Os neurônios-espelho também distinguiram entre intenções possíveis, respondendo mais intensamente à função biológica básica de beber que ao ato culturalmente adquirido de limpar.

Terapia ocupacional na sexualidade

A intervenção da terapia ocupacional na sexualidade enfatiza a necessidade de tratar o paciente no aspecto da vida humana, como a atividade de vida diária AVD, AIVD onde tem o objetivo de encontrar meios... Para que as pessoas alcancem sua autonomia, independência e utilizem ao máximo suas potencialidades dentro da sexualidade nos vários aspectos encontrado e inserido na vida desse homem ou mulher podendo está afetando áreas da vida no nível psicossocial, neuro funcional... Logo, ao considerar a sexualidade de

uma pessoa, é preciso contextualizar a percepção dos valores relacionados à vivência sexual da geração do público adulto acometido, em atendimento, e do próprio cliente em questão. Onde a orientação, e intervenção terapêutica, deve ser voltada, para a reabilitação sexual através da busca da excitação, da procura de áreas erógenas no corpo e a resposta ao desejo sexual. Abaixo o que pode ser trabalhado:

1. O propósito dessa promoção do terapeuta ocupacional em intervir na reabilitação sexual desse público adulto que sofre de disfunções sexuais é:

- Desenvolver possibilidades físicas e afetivas de melhora do desempenho sexual;
- Encorajar esse cliente a experimentar diferentes posições, aceitáveis e compatíveis com suas potencialidades físicas;
- Ensinar técnicas de conservação de energia;
- Ensinar o benefício que o repouso antes da atividade sexual pode trazer;
- Encorajá-los a descobrir outras formas de alcançar a satisfação sexual;
- Garantir junto ao médico, ou outro profissional da equipe multidisciplinar responsável, que haja condições clínicas estáveis para a atividade sexual;
- Aumentar a consciência corporal, transformando o sentido de “quem você é” e “o que posso fazer mediante as limitações físicas”, permitindo ultrapassar velhas limitações.

2. Ensinar a ouvir e respeitar o próprio corpo e os sentidos.

3. Aumentar a auto-estima, a sensibilidade e a intuição.

4. Ajudar a manter um relacionamento baseado no amor e não na carência, e aprofundar a relação sexual e a intimidade.

As etapas do processo terapêutico ocupacional na atenção à sexualidade da pessoa adulta são:

i. Permissão: Criar situações terapêuticas que facilitem a expressão dos problemas sexuais vivenciado pelo cliente.

ii. Educação: Oferecer ao público adulto informações sobre as mudanças fisiológicas do problema que interferem na sexualidade, mitos e

estereótipos relacionados ao público adulto, fatores psicossociais que podem estressar o adulto, na sexualidade.

iii. Sugestões específicas: Realizar sugestões e exercícios individualizados que possam melhorar o desempenho sexual. Pode ser necessário realizar encaminhamento para outros profissionais.

iv. Terapia: Requer terapeutas e outros profissionais especializados na área.

Terapia ocupacional para as crianças

As principais ocupações de uma criança são brincar e aprender. É o papel do terapeuta ocupacional, em parceria com os pais, intervir sobre as competências motoras, cognitivas, sensoriais e sociais que limitam o sucesso da criança no desempenho destas ocupações para que possa participar com o seu potencial máximo nos contextos onde está envolvida (casa, escola).

O terapeuta ocupacional ajuda ainda os pais e educadores na selecção de materiais e na adaptação do ambiente de forma a favorecer a aquisição de novas competências. É assim o objetivo do Terapeuta Ocupacional ajudar a criança a alcançar a sua independência em todas as atividades da vida diária.

Baixo nível de atenção/concentração

Dificuldades em compreender ordens

Dificuldades perceptivas visuais, tácteis e auditivas

Dificuldades de discriminação espaciais (esquerda/direita, cima/baixo)

Dificuldades de motricidade global | Dificuldades de motricidade fina (grafismo e preensões)

Dificuldades na sua autonomia (vestir-se, comer, higiene)

Rejeita/evita algumas texturas

Baixa tolerância à frustração

Medo de equipamentos de parques infantis

Entre outros...

Promover a independência. Essa é a missão do terapeuta ocupacional, um profissional de curso superior que acompanha pessoas com dificuldades em realizar atividades do cotidiano, como trabalho, estudo e lazer. Para crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social, essa terapia é essencial.

Ainda pouco conhecida, a profissão foi regulamentada no Brasil em 1969. A primeira Associação de Terapia Ocupacional foi criada nos Estados Unidos, em 1917. Geralmente, os pacientes chegam ao profissional por indicação do médico, serviço social ou escolas, embora já exista demanda espontânea proveniente da sociedade.

Durante as sessões de terapia, as atividades práticas são priorizadas. “Não é uma terapia verbal. É a terapia focada no fazer”,

No caso das crianças, a ideia é conseguir resgatar ou fortalecer o sentido da infância – o brincar, imaginar e o aprender – além de proteger de violações, como o trabalho infantil.

No caso dos adolescentes, o terapeuta ocupacional sempre busca trabalhar um projeto de futuro. “É uma fase de transição. Muitos adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade social não conseguem construir um projeto de futuro, desconhecendo seus próprios sonhos e o que precisariam fazer para realiza-los.”

A partir de um processo de autoconhecimento e do conhecimento do território onde vive, o adolescente é convidado a pensar em caminhos. Durante as consultas, paciente e terapeuta podem inclusive sair a campo, buscando atividades, cursos e oportunidades de trabalho que o jovem gostaria de realizar.

Muitas vezes o adolescente entende que o território não é construtivo para ele, mas não percebe que existem outros espaços construtivos. Embora o adolescente possa não atingir imediatamente um sonho, ele pode abrir espaço e criar projetos para o futuro. “Até onde o adolescente compreende que sua vida é uma escolha ou uma falta de escolha? Se você não conhece as opções, não pode escolher. Por isso vivenciamos os territórios com os pacientes. Nosso trabalho implica na aproximação com a realidade do sujeito”.

Ser Terapeuta Ocupacional é acreditar que todas as pessoas são capazes independentemente da sua condição, é estudar a ação humana nos diversos momentos da vida e desenvolver estratégias para que cada pessoa possa ter autonomia e independência no seu fazer, a partir dos seus desejos, expectativas e necessidades.

Esse é o sentido geral da profissão, mas para alcançar essa premissa, vocês poderão ver Terapeutas Ocupacionais que trabalham com atividade, por exemplo, uma pintura, que pode ter por objetivo auxiliar na expressão de sentimentos até trabalhar um movimento de pinça fina e controle motor. Em outros momentos poderá deparar com esse mesmo profissional indicando e confeccionando órteses e outros dispositivos de Tecnologia Assistiva, que auxiliam na manutenção/ ganho de movimentos, alívio de dor e até possibilitam a execução de alguma função perdida. Ainda verá esse profissional na saúde do trabalhador, na estimulação cognitiva, na organização de rotina, diferentes tipos de grupo e em diversas outras ocasiões, por que ocupação envolve tudo que as pessoas fazem.

A Terapia Ocupacional atua através da compreensão da importância das ocupações para a vida humana e pelo movimento da esperança que é capaz de identificar nas condições de limitações, as possibilidades que ali se fazem presentes e que podem ser exercidas.

O terapeuta ocupacional:

1. Atua na prevenção da ruptura dos vínculos familiares e no seu fortalecimento, promovendo sociabilidade que envolva o fazer em família, e/ou entre famílias, por meio de atividades grupais significativas no contexto das realidades locais e para a família e seus membros;
2. Atua na prevenção da ruptura de vínculos comunitários e no seu fortalecimento, promovendo, por meio de atividades, experiências que propiciem o desenvolvimento ou ampliação das redes de suporte e de trocas sociais, afetivas, econômicas e de informações entre os participantes;
3. Implementa processos de realização de atividades em família por meio das quais seja valorizada a constituição de relações de interdependência e a consolidação de laços afetivos e sociais, de modo a estimular, manter e/ ou ampliar a capacidade protetiva das famílias;
4. Promove atividades que, enquanto tecnologias de mediação sócio-ocupacional, oferecem oportunidades para que os participantes se apropriem material e simbolicamente de seus espaços de vida e convivência, exercitem seu protagonismo sobre estes e fortaleçam suas relações em redes sociais;
5. Desenvolve, por meio da proposição de atividades grupais e comunitárias, estratégias que impliquem no desencadeamento de processos de reconstituição da memória, da história coletiva e da história das relações intergeracionais;

6. Promove experiências que possibilitam a identificação individual e coletiva de dificuldades e potencialidades de famílias, grupos e comunidades;
7. Desenvolve processos de constituição e reconstituição das histórias de vida dos sujeitos, bem como formas de expressão da memória coletiva;
8. Desenvolve ações de inclusão digital e de acesso às tecnologias de comunicação e informação como ferramentas de empoderamento pessoal e social a serem aplicadas na reivindicação e exercício de direitos e na produção autoral das pessoas, grupos, famílias ou comunidades;
9. Propõe e implementa a realização de atividades que favorecem o acesso a experiências diversas de manifestações culturais, artísticas e expressivas, desportivas, ritualísticas, lingüísticas entre outras, bem como a consolidação de relações dialógicas pautadas pela cidadania e pelo reconhecimento do valor da diversidade de saberes;
10. Atua na mediação e superação de conflitos entre membros das famílias e entre famílias e a comunidade, mediante a proposição de atividades grupais e comunitárias participativas em que haja interdependência no fazer;
11. Realiza visitas domiciliares e acompanhamento de famílias para conhecimento de sua história ocupacional e de participação na comunidade em que habita, a fim de desenvolver estratégias de inclusão sociocomunitária e de pertencimento social, cultural e econômico;
12. Propicia a realização de atividades que valorizam os saberes, os modos de vida e os laços familiares e de apoio já existentes, oferecendo oportunidade para pessoas, famílias, grupos ou comunidades vivenciarem experiências de auto-valorização;
13. Disponibiliza seus conhecimentos, informações e tecnologias para auxiliar pessoas, famílias, grupos e comunidades na organização e sustentabilidade de sua vida cotidiana, no que diz respeito a suas atividades de vida diária e de vida prática;
14. Desenvolve atividades e estratégias de mediações sócio-ocupacionais, econômicas e cooperativas ou outras formas associativas e/ou individuais de geração de renda, de produção de bens, de serviços e de valores sociais e culturais junto a pessoas, famílias, grupos e comunidades em situação de vulnerabilidade;
15. Constrói, em conjunto com as famílias, atividades de participação comunitária a fim de promover a conscientização da cidadania, dos deveres e direitos;

16. Atua de maneira interdisciplinar na abordagem e atenção às famílias e na gestão de projetos e serviços;

17. Auxilia na reorganização da vida cotidiana familiar, tendo em vista a potencialização dos benefícios de proteção social obtidos; 18. Estimula e opera com a participação e a adesão da população aos acontecimentos locais que potencializem trocas comunitárias e permitam a formação de redes de suporte no território, bem como a apropriação dos recursos e dispositivos comunitários; 19. Integra seu trabalho às iniciativas interdisciplinares dos serviços de proteção e atendimento integral à família.

História da Terapia Ocupacional

A história da Terapia Ocupacional é recente, mas a atividade humana, enquanto recurso terapêutico, foi utilizada, de forma pouco consciente e pouco científica, desde os tempos mais remotos como mostrado no vídeo.

A demanda pelo profissional surgiu após os anos de 1830, nos hospitais psiquiátricos para atender os internos e lhes dar alguma ocupação. Com a Revolução Industrial, no final do século XIX, surgiram os acidentes industriais e com eles o número de pessoas incapacitadas aumentou. Era fundamental que aparecesse uma nova forma de tratamento para as incapacidades do membro superior que surgiram a partir daí. Mas, só foi fundada a 1ª escola em 1906, nos EUA por um médico e uma enfermeira. Assim nas duas primeiras décadas do século XX ocorreu o início formal da Terapia Ocupacional, com o renascimento do tratamento moral, impulsionado pela necessidade de tratamento de soldados feridos na Primeira Guerra Mundial, assim a utilização do profissional, agora capacitado, estendeu-se para atender aos mutilados de guerra em hospitais gerais.

Porém foi na 2ª Grande Guerra que a profissão expandiu-se com força total por todo o mundo, na reabilitação física psicológica e na inclusão dos sobreviventes. No Brasil, o primeiro curso de Terapia Ocupacional, instalado pela ONU em 1948, com duração de um ano, foi ministrado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Assim profissão chega ao Brasil nos anos 50, tendo as primeiras escolas fundadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia. Em 1957 surge a World Federation of Occupational Therapy (WFOT), que contribuiu positivamente para o desenvolvimento da profissão, universalizando o programa educativo e expondo padrões básicos exigidos para a formação do Terapeuta Ocupacional.

A história da profissão se confunde com a da terapia física, inicialmente faziam -se vestibular para terapia e só no 2º ano de curso optava-se por física ou ocupacional. Daí a justificativa das profissões compartilharem o mesmo conselho de classe - COFFITO/CREFITO (Conselho Federal/Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). Ambas as profissões foram criadas num único decreto no dia 13 de outubro de 1969, o que determina ser neste dia comemorado o dia do profissional no Brasil.

No dia 13 de outubro de 1969, a profissão adquiriu seus direitos, por meio do Decreto-lei nº 938/69, no qual a Terapia Ocupacional foi reconhecida como um curso de nível superior e definitivamente regulamentada.

O terapeuta ocupacional estuda e emprega atividades de trabalho e lazer no tratamento de distúrbios físicos ou mentais e de desajustes emocionais e sociais. Ele usa tecnologias e atividades diversas para promover a autonomia de indivíduos com dificuldade de integrar-se à vida social em razão de problemas físicos, mentais ou emocionais. Ele elabora planos de reabilitação e adaptação, buscando desenvolver no paciente autoconfiança. Também cria e faz a avaliação de atividades físicas, podendo prestar atendimento individual ou em grupo.

Seus principais campos de trabalho incluem clínicas, casas de repouso, hospitais, instituições geriátricas, psiquiátricas e penais, centros de reabilitação, creches e empresas. Além disso, o profissional está habilitado a prestar atendimento aos pacientes em domicílio.

Educação: acompanhar o desenvolvimento de crianças com problemas psicomotores ou de aprendizagem. Promover a inclusão de crianças com deficiência nas escolas de ensino regular.

Gerontologia: atuar na reabilitação e na reintegração social de idosos.

Psiquiatria e saúde mental: tratar de portadores de distúrbios psíquicos, com o objetivo de promover a inclusão social e ocupacional.

Reabilitação funcional e profissional: promover o restabelecimento de vítimas de acidentes ou de doenças do trabalho e prestar assistência a portadores de deficiência física. Promover também a saúde do trabalhador por meio de ações de prevenção das doenças ocupacionais.

Reintegração social: ajudar na reintegração à sociedade de viciados em drogas, menores infratores ou carentes.

Há cerca de 15 mil terapeutas ocupacionais no país e, com exceção da região Sudeste, há carência desses profissionais em todo o Brasil. Isso fez com que esse bacharel fosse incluído no programa Mais Médicos, implantado pelo governo federal em 2013, cujo objetivo é levar profissionais de saúde para lugares distantes dos grandes centros urbanos. Ele integra equipes multidisciplinares em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no Programa Saúde da Família. Também tem oportunidades em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest).

No ambiente corporativo, ele é contratado para trabalhar na prevenção de doenças ocupacionais, implementando programas de ginástica laboral e campanhas voltadas, por exemplo, a orientar os trabalhadores sobre a posição correta de se sentar a fim de se evitarem problemas de coluna.

O Sistema Único de Assistência Social (Suas), do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, é o órgão governamental que coordena os serviços socioassistenciais entre as três esferas do poder público – municipal, estadual e federal. E a Terapia Ocupacional está entre as atividades contempladas pelo sistema, que foca no atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade. Os profissionais se beneficiam, ainda, da resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que estabelece em 12 o número de sessões de Terapia Ocupacional que os planos são obrigados a cobrir anualmente.

O currículo mescla disciplinas da área da Saúde, como anatomia, fisiologia e biologia, e das Ciências Humanas e Sociais – psicologia do trabalho e introdução à antropologia, por exemplo. Na parte profissionalizante, entram aulas de terapia ocupacional nas áreas de psiquiatria e deficiência mental e física. Algumas graduações dão ênfase ao processo terapêutico por meio da expressão artística.

Em muitos casos a resposta não surge de forma imediata. A verdade é que apesar de ser uma abordagem terapêutica em expansão em todo o mundo e cuja eficácia tem vindo a ganhar reconhecimento, em Portugal poucas são as pessoas que conhecem este tipo de terapia, em que casos a sua utilização pode ser uma mais-valia e o que faz exatamente um Terapeuta Ocupacional...

A Terapia Ocupacional é uma área da saúde que atua no tratamento e reabilitação de pessoas de todas as idades, de modo a facilitar e capacitar para a realização das actividades do dia-a-dia que as mesmas deixaram de poder fazer por força de alguma condição clínica (motora, cognitiva, emocional ou

social). Essas condições podem estar presentes desde o nascimento, serem desenvolvidas com a idade ou resultarem de um acidente, doença ou lesão.

O Terapeuta Ocupacional pode aplicar a sua abordagem em diversas áreas, como a pediatria (casos de atraso global do desenvolvimento, síndrome de down, paralisia cerebral, autismo, etc), a medicina física e reabilitação (casos de AVC, quadros neurológicos e ortopédicos, etc), a geriatria (problemáticas específicas do envelhecimento, alzheimer e outros quadros demenciais, parkinson, etc), ou na psiquiatria (esquizofrenia, doença bipolar, depressão, etc).

Devido à diversidade de população e de quadros clínicos abrangidos pelo acompanhamento prestado pelos Terapeutas Ocupacionais, estes podem intervir nos mais diversos locais, tais como Clínicas Médicas, Clínicas de Reabilitação e Clínicas de Saúde Mental; Creches, Jardins-de-infância e Escolas; Domicílios; Hospitais e Centros de saúde; Centros de dia e Lares; Empresas de Produtos de Apoio e Ajudas técnicas e outras; Instituições particulares de solidariedade social (IPSS), Cooperativas de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados (CERCI), Associações Portuguesas de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (APPC).

O objetivo da acção desenvolvida por estes profissionais de saúde passa por encontrar meios para que as pessoas alcancem a sua autonomia e independência e possam utilizar ao máximo as suas potencialidades. Nesse sentido, o Terapeuta Ocupacional avalia as actividades que a pessoa não consegue realizar, olhando para todos os aspectos da sua vida diária (casa, escola, trabalho, lazer), de forma a encontrar soluções para que possa ser mais autónoma e independente. Simultaneamente compreende e analisa quais são as estruturas e/ou funções que estão a limitar o desempenho do paciente, procedendo-se então à construção de um plano de intervenção adequado, individualizado e verdadeiramente personalizado.

A intervenção do Terapeuta Ocupacional assenta principalmente no recurso a actividades/ocupações significativas com o intuito de restaurar ou manter funções. Através dessa abordagem é possível estimular e desenvolver competências e simultaneamente despertar o interesse e participação do paciente para ter parte ativa no seu próprio processo de reabilitação. O treino de actividades da vida diária consideradas problemáticas pelo utente, a adaptação de utensílios e de mobiliário, o aconselhamento de mudanças no ambiente onde a pessoa realiza as suas actividades e, ainda, a orientação de cuidadores são também aspectos centrais na intervenção do Terapeuta Ocupacional.

Alguns exemplos de intervenção

Deixo apenas três exemplos práticos da intervenção do Terapeuta Ocupacional com grupos populacionais distintos: crianças com perturbação do espectro de autismo, doentes em recuperação de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e pessoas com depressão.

A Terapia Ocupacional pode ajudar crianças com perturbação do espectro do autismo utilizando como ferramenta terapêutica jogos/brincadeiras cuidadosamente selecionados para permitir desenvolver as competências físicas, mentais, perceptivas e sensoriais e técnicas que ajudam estas crianças a tornarem-se mais confortáveis com novas experiências sensoriais (imagens, sons, cheiros, paladar, movimento, etc.), que beneficiarão o envolvimento em todas as actividades que realizam. A intervenção com estes casos objetiva ajudar as crianças a realizar as actividades importantes para o seu desenvolvimento, nomeadamente, na participação nos autocuidados, no brincar e na vida escolar. Por outro lado, realizar o treino de determinadas actividades consideradas problemáticas para a criança, dividir as tarefas em passos simples e introduzir pistas/lembretes, são algumas estratégias implementadas.

Nos casos de pessoas com sequelas de AVC o Terapeuta Ocupacional utiliza actividades significativas, estimulando o aumento de força, a mobilidade, o equilíbrio, as funções cognitivas, etc, para restaurar a funcionalidade e a autonomia, mantendo a motivação do paciente durante o processo de reabilitação. Não menos importante é o ensinamento de estratégias e o aconselhamento de equipamentos para que o paciente consiga realizar as actividades de forma independente. As estratégias podem incluir técnicas de uso de apenas uma mão para cortar alimentos, usar o computador, vestir. Já os equipamentos poderão ser, a título de exemplo, calçadeiras com cabo engrossado, barras de apoio para o banho, entre outras.

Relativamente a pessoas que sofrem de depressão, estas poderão ter dificuldades em manter as suas actividades diárias devido à própria sintomatologia desta condição, podendo encontrar no Terapeuta Ocupacional um profissional que as vai orientar na busca por um equilíbrio entre as várias áreas da vida (trabalho, lazer e auto-cuidados). Cabe então ao Terapeuta Ocupacional examinar o que está a interferir no desempenho da pessoa (diminuição de interesses, dificuldades nas competências sociais, etc), utilizando estratégias e actividades para ultrapassar as dificuldades e ir de encontro às responsabilidades dos seus papéis significativos. Um papel cuja perda tem um grande impacto na vida ocupacional de uma pessoa com depressão é o de trabalhador. Nestes casos (perda do emprego), a intervenção poderá assentar na implementação de estratégias como a criação de um plano de procura de emprego e actividades como a criação de currículo e treino de entrevista de emprego, com vista a reabilitar a pessoa, não só para o mercado de trabalho, mas para o controlo da sua própria vida.

A terapia ocupacional

O terapeuta ocupacional habilita para a ocupação de forma a promover a saúde e o bem-estar. Com este objetivo atua, em parceria com pessoas e organizações, para otimizar a atividade e participação, tal como definido pela World Health Organisation's International Classification of Functioning and Disability (2002).

Promove a capacidade de indivíduos, grupos, organizações e da própria comunidade, de escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem significativas. Entende-se por ocupação tudo aquilo que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria (autocuidados), desfrutar da vida (lazer) ou contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade (produtividade). Estas ocupações podem ser tão elementares como alimentar-se ou vestir-se ou tão elaboradas como conduzir um carro ou desempenhar uma atividade laboral. Para tal, estuda os fatores que influenciam a ocupação humana, intervindo com pessoas de todas as idades nas situações que comprometam ou coloquem em risco um desempenho ocupacional satisfatório e conseqüentemente, restrinjam a sua atividade e participação.

Na sua abordagem, avalia e intervém ao nível da pessoa, da ocupação e do ambiente. Intervém para desenvolver competências, restaurar funções perdidas, prevenir disfunções e/ou compensar funções, através do uso de técnicas e procedimentos específicos e/ou da utilização de ajudas técnicas ou tecnologias de apoio.

Nem todo mundo entende a abrangência da Terapia Ocupacional e sua importância no auxílio aos diversos tipos de tratamentos. Como o próprio nome diz, ela é uma terapia que se fundamenta no estudo e uso das ocupações humanas para promover a autonomia das pessoas em suas diversas fases da vida e em diferentes condições físicas, sensoriais, intelectuais, emocionais e sociais.

Esse campo de conhecimento tem intervenção nas áreas da saúde, educação e esfera social, para pessoas com algum prejuízo na inserção e participação em seu grupo social por dificuldade temporária ou definitiva de autocuidados (alimentação, vestuário e higiene), produtividade (escola, trabalho e atividades domésticas), tempo livre e lazer (brincadeiras e recreação).

O terapeuta, por sua vez, funciona como uma espécie de guia, mediando o processo, auxiliando o retorno de funções conhecidas que precisam de adaptações, desenvolvendo novas habilidades, ajudando a ressignificar ações e sentimentos por meio de diversos tipos de atividades, e descobrindo junto ao paciente, formas de viver com bem estar. “As atividades terapêuticas são escolhidas de acordo com a história da pessoa, necessidade, desejo e prioridade de vida através de escuta dirigida, de observação e análise das atividades práticas bem como o uso de instrumentos para avaliações que podem ser padronizadas ou não”

Qualquer pessoa que queira ou necessite organizar seu cotidiano a partir de um estudo e aplicação das atividades necessárias ao contexto de sua vida. Porém, em algumas situações a Terapia Ocupacional é indicada para:

- Bebês e crianças que não brincam, que apresentam atraso no desenvolvimento ou nas atividades escolares;
- Famílias que precisam de ajuda para compreender e lidar com a pessoa que apresenta alguma disfunção;
- Pessoas que sofreram danos no cérebro ou em outra parte do corpo que precisam aprender ou reaprender a realizar as atividades cotidianas, profissionais e acadêmicas de forma mais autônoma possível;
- Adultos que queiram reorganizar a sua vida a partir de um planejamento e prática de ações que promovam seu bem estar físico, psíquico e social;
- Idosos que necessitam de atividades para uma melhor continuidade e qualidade de vida, tanto do ponto de vista ambiental como físico e cognitivo;
- Grupos em riscos de exclusão social por diversos fatores: condições sócio econômicas, desestruturação do núcleo familiar, alterações psíquicas, intelectuais e/ou sensorio-motoras, dependência químicas, entre outros.

RESOLUÇÃO Nº CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 200 Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "c", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Terapia Ocupacional definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de terapeutas ocupacionais, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional tem como perfil do formando egresso/profissional o Terapeuta Ocupacional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado ao exercício profissional em todas as suas dimensões, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas de Terapia Ocupacional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.

Art. 4º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento;

II - conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional;

III - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;

V - reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer;

VI - inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação;

VII - explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar;

VIII - compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação;

IX - identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras;

X - utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.

XI - desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.

XII - conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção;

XIII - conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe;

XIV - conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo;

XV - conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional;

XVI - conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social;

XVII - conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;

XVIII - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção;

XIX - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XX - conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário;

XXI - conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis;

XXII - conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional;

XXIII - conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêutico-ocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários;

XXIV - desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal;

XXV - desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;

XXVI - conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais;

XXVII - conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuro-evolutivas, neuro-fisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras;

XXVIII - conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software;

XXIX - desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;

XXX - vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros;

XXXI - conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas;

XXXII - conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;

XXXIII - conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias;

XXXIV - conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos.

Parágrafo único - A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em terapia ocupacional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde - incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos biológicos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.

II - Ciências Sociais e Humanas - abrange o estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas sociais.

III - Ciências da Terapia Ocupacional - incluem-se os conteúdos referentes aos fundamentos de Terapia Ocupacional, as atividades e recursos terapêuticos, a cinesiologia, a cinesioterapia, a ergonomia, aos processos saúde-doença e ao planejamento e gestão de serviços, aos estudos de grupos e instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação.

Art. 7º A formação do Terapeuta Ocupacional deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação

integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá assegurar que:

I - as atividades práticas específicas da Terapia Ocupacional deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida.

II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na Instituição de Ensino Superior ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente terapeuta ocupacional.

III - as instituições de ensino superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.