



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

CAMILA ISABEL CRUZ SOUZA

**CONTEXTUALIZANDO O DESEMPENHO  
OCUPACIONAL DE PESSOAS EM PRIMEIRAS CRISES DO  
TIPO PSICÓTICA**

Brasília - DF

2016

CAMILA ISABEL CRUZ SOUZA

**CONTEXTUALIZANDO O DESEMPENHO  
OCUPACIONAL DE PESSOAS EM PRIMEIRAS CRISES DO  
TIPO PSICÓTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Terapia Ocupacional (Times, 14)

Professor Orientador: Profa. Dra. Nazareth  
Malcher

Brasília – DF

2016

CAMILA ISABEL CRUZ SOUZA

**CONTEXTUALIZANDO O DESEMPENHO OCUPACIONAL  
DE PESSOAS EM PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade  
de Ceilândia como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria de Nazareth Rodrigues M. de Oliveira Silva – Orientadora  
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

---

Hellen Delchora Rabelo  
Instituição: SES - DF

Aprovado em:

Brasília, 08 de dezembro de 2016

## RESUMO

**Introdução:** A vivência de uma crise é um fenômeno natural, podendo gerar sofrimento psíquico do tipo psicótico e interferir na realização das atividades do cotidiano e, conseqüentemente, no desempenho ocupacional das habilidades e papéis sociais. **Objetivo:** Descrever aspectos do desempenho ocupacional de pessoas que vivenciaram primeiras crises do tipo psicóticas, relacionando aos investimentos do campo da Terapia Ocupacional. **Metodologia:** A pesquisa foi mista, com dados quantitativo e qualitativo descritivo, por meio da pesquisa da literatura dos aspectos relacionados à crise do tipo psicótica, desempenho ocupacional e Terapia Ocupacional; e o estudo dos aspectos do desempenho ocupacional utilizando a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) aplicada durante o projeto de pesquisa desenvolvido no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP/UnB). Foi analisada a frequência numérica e de conteúdo de ambos os estudos. **Resultados e Discussão:** As áreas produtividade e lazer foram as mais afetadas. Houve resultado bom quanto ao desempenho, porém insatisfação quanto ao seu desenvolvimento, interferindo no papel social, comprometidos também por fatores associados à crise psicótica, como sinais positivos e negativos, família, trabalho, e interações sociais. Nesse sentido, é necessária a atuação da Terapia Ocupacional. **Considerações finais:** Há necessidades de mais estudos no campo do sofrimento psíquico do tipo psicótico, sendo o desempenho ocupacional relevante para o entendimento do papel social do sujeito e que traduz ao campo de pesquisa e intervenção em Terapia Ocupacional.

**Palavras-chaves:** Desempenho Ocupacional; Crise do tipo psicótica; Terapia Ocupacional.

## INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico é uma experiência no cotidiano das pessoas, que reflete modificações do cotidiano, e há diversos estudos sobre esse fenômeno.

Caplan (1980) define a crise como um período de desorganização do sujeito, diante de uma situação que ultrapassa o seu limite, desestabilizando e conseqüentemente alterando as relações sociais e ambientais. Knobloch (1998) expõe que a crise pode ser determinante quando não há suporte, ou seja, há necessidade de estratégias para superar esse processo não comprometendo as habilidades e papéis. Sá et. al. (2008) acrescentam que a crise visa ao desenvolvimento de estratégias para o indivíduo gerar meios de manter o equilíbrio e a estabilidade emocional quando desenvolvida de forma positiva; porém, quando o indivíduo não tem estratégias e não consegue desenvolvê-las, as conseqüências são o desenvolvimento de pródromos, ou seja, primeiros sinais e sintomas de uma crise psíquica do tipo psicótica.

Os pródromos segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Norte Americana de Psiquiatria [DSM-V] (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), são descritos em dois grandes grupos: os positivos e negativos. Dentre diversos os mais comuns, como positivos (1) estão: os delírios, alucinações, discurso e comportamento desorganizados; e negativos (2) estão: o embotamento afetivo, avolição, alogia, anedonia e falta de sociabilidade.

Um episódio do tipo psicótico ocorre em três fases com características distintas entre si. A primeira, a fase pré-psicótica ou prodrômica, é o período em que os sinais são desenvolvidos e auxiliam a identificar precocemente a crise psicótica. A segunda fase, a fase aguda é caracterizada por pródromos, como: alucinações, delírios, discurso desorganizado. Nessa fase, pode ocorrer o tratamento na rede de serviço. E finalmente a terceira fase, denominada de remissão, a qual trata-se da fase de tratamento propriamente dito, ou seja, a remissão dos sinais, por meio de terapêutica medicamentosa e psicossocial, para a recuperação (MC GORRY e EDWARDS, 2002; CARVALHO, COSTA e BUCHER-MALUSCHKE 2007).

Portanto, as etapas do processo de crise do tipo psicótica levam à desestruturação homeostática das dimensões na vida de um sujeito, que afetará aspectos do desempenho de atividades, alterando a rotina e o cotidiano dos sujeitos (KAWASHIMA e SILVA, 2013).

Costa (2006, 2013), com base nos conceitos anteriores, complementa definindo a crise como um momento de ruptura da homeostase psíquica, ou seja, é uma circunstância de mudança social, psicológica e biológica, comum à vida das pessoas, mas que promove

situação de vulnerabilidade. Este autor acrescenta que a crise em si apresenta um período específico de duração, na qual o indivíduo apresenta um número mínimo de sinais desencadeante do episódio do tipo psicótico, e um final com a remissão dos sinais.

Nesse sentido, pela complexidade da vivência de uma crise do tipo psicótica, observa-se a necessidade de estudos sobre os aspectos que permeiam esse contexto. Dentre estes, estão as questões do desempenho ocupacional de sujeitos que apresentam a vivência psicótica, que possibilite descrever este fenômeno e conseqüentemente compreender como a Terapia Ocupacional atua nesta condição.

O desempenho ocupacional é definido pela American Occupational Therapy Association - AOTA (2005) como o ato de realizar e completar uma ação, atividade ou ocupação resultante da interação do ambiente, pessoa e atividade, como um elemento para manutenção da saúde ou desenvolvimento de uma doença.

Segundo Pedretti (2005) o desempenho ocupacional relaciona-se à capacidade do indivíduo realizar tarefas que compõem sua ocupação e seu papel ocupacional. Essas tarefas são de acordo com o indivíduo, seu contexto e estágio de desenvolvimento.

A ocupação como resultado do desempenho ocupacional é uma atividade fundamental da vida, sendo essencial para a saúde, composta por atividades de autocuidado, participação social e lazer. A ocupação é analisada dentro do contexto do indivíduo, ou seja, dentro do ambiente em que este está inserido, como as atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer, participação social (AOTA, 2005).

Além dessas atividades, os fatores do cliente, como as características do indivíduo, interferem no desempenho de suas ocupações e são afetados de acordo com a presença ou a ausência da doença, incapacidade ou experiências de vida como: valores, crenças, espiritualidade, habilidades de desempenho, padrões de desempenho, contexto e ambiente (AOTA, 2005). Estes processos interagem conjuntamente e interferem negativamente no desempenho ocupacional que, conseqüentemente, influencia a identidade, a saúde e a participação do sujeito.

Na vivência de uma crise do tipo psicótica, o desempenho ocupacional é prejudicado na atividade laborativa e no papel social dos sujeitos, com perda gradativa do significado e interferindo no desenvolvimento do cotidiano, provocando processualmente isolamento social. Entretanto, nas situações de crise na qual o sujeito

é tratado e paralelamente valorizando seu desempenho ocupacional, o reestabelecimento é mais favorável (GRADELLA, 2010).

O fenômeno do sofrimento psíquico vivido por um sujeito oferece vulnerabilidades diversas. A dificuldade em julgar os estímulos externos, a distorção da sua percepção, o comprometimento nos recursos afetivos e nas relações sociais, com baixa habilidade de perceber aspectos cooperativos, promovem uma passividade nos papéis e habilidades. O sujeito demanda afeto, por sentir-se incapacitado, desamparado, angustiado, afetivamente ambivalente, podendo interferir nos aspectos afetivos e cognitivos. (COSTA, 2014).

Nesse sentido, o processo do desempenho ocupacional dos sujeitos em sofrimento psíquico do tipo psicótico está comprometido em diversos aspectos, como na atividade social, recreação, engajamento social, comunicação, atividades instrumentais de vida diária e nas atividades relacionados ao trabalho (RIBEIRO, 2014). Ou mesmo gerando um ciclo de adoecimento na capacidade de desempenho de papéis e habilidades ocupacionais, ocasionado pelo contexto da rede primária, pela dinâmica familiar e pelo ciclo hospitalocêntrico de internações compulsórias e frequentes (KAWASHIMA E SILVA, 2013).

Diante do exposto, o estudo da crise do tipo psicótica, o desempenho ocupacional desses sujeitos e as relações com estratégias clínicas da Terapia Ocupacional (T.O.) mostram-se relevantes para o estudo acadêmico, como uma temática que retrata fenômenos contemporâneos e necessidade de construir evidências ao campo, justificados pelos objetivos deste estudo.

## **MÉTODO**

A pesquisa caracterizou-se como estudo do tipo misto com estratégias quantitativa e qualitativa sobre as variáveis do estudo, as quais são: o desempenho ocupacional, primeiras crises do tipo psicótico e a relação com a Terapia Ocupacional. A abordagem do estudo foi pragmática, pois descreveu o paradigma da saúde funcional numa reflexão ao campo da Terapia Ocupacional.

O estudo ocorreu em três etapas: (1) estudo da literatura sobre a temática do estudo; (2) análise de protocolo da COPM aplicado em sujeitos que vivenciaram primeiras crises do tipo psicótico; e (3) triangulação dos dados das duas etapas anteriores relacionando aos aspectos da Terapia Ocupacional.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa na literatura nacional e internacional para conhecer o perfil da literatura sobre desempenho ocupacional, primeira crise psicótica e

Terapia Ocupacional, e compreender aspectos relacionados à temática. O estudo da literatura foi integrativo, em bases de dados SCIELO, Biblioteca Virtual de Saúde e CAPES, nos idiomas inglês e português, com os seguintes descritores: Transtorno psicótico, psicose, esquizofrenia, transtorno esquizofrênico, crise psicótica, primeiro episódio e sofrimento psíquico em ambos os idiomas. Não foi estipulado ano para a pesquisa e esta foi encerrada quando os artigos estavam se repetindo. Foram aceitos somente artigos completos.

Os critérios de exclusão foram: artigos que abordavam sobre esquizofrenia crônica e outras desordens psiquiátricas, artigos que não abordavam sobre desempenho ocupacional ou Terapia Ocupacional (T.O.) e teses, resumos de congressos, ou outro tipo de documento.

Os artigos foram selecionados por meio do título e do resumo. Posteriormente, foi realizada leitura dos estudos e os dados foram tratados em tabelas com conteúdos relacionados às variáveis do estudo, como: referência bibliográfica, título do artigo, ano, base de dados, autores, natureza da pesquisa, tipo de pesquisa, estratégia de pesquisa, análise de dados, conteúdo, conceito de primeiras crises e desempenho, área de desempenho, contexto, componente, Terapia Ocupacional e conclusões. Os dados desta etapa foram analisados pela frequência numérica e do conteúdo das variáveis; em seguida, foram apresentados descritivamente e triangulados com os dados da segunda etapa.

Na segunda etapa foi realizada a análise dos protocolos da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) que foram aplicados em indivíduos em primeiras crises do tipo psicótica, que estavam sendo acompanhadas no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

O GIPSI é um grupo que funciona no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) – IP/UnB, realiza atendimento clínico e pesquisas na área com pessoas em primeiras crises e também a família, prevenindo recaídas e oferecendo um acompanhamento junto às pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, de forma humanizada e objetivando intervir o mais precocemente para a minimização dos sintomas e qualidade de vida. Os protocolos foram aplicados durante o ano de 2013, por meio do projeto de pesquisa sobre Desempenho Ocupacional e Terapia Ocupacional, coordenado pela segunda autora deste estudo.

A COPM é um protocolo que foi desenvolvido em 1986, como uma medida de avaliação do desempenho ocupacional específico para a Terapia Ocupacional. Em 1987, foi construído considerando os componentes do desempenho, o ambiente, estágio de desenvolvimento e papéis de vida. É usado para avaliar, nomear, validar e priorizar áreas de desempenho ocupacional que são percebidas pelo sujeito, auxiliando na definição do problema nesses contextos, classificando para importância e pontuação de satisfação e do desempenho. Além disso, tem como abordagem teórica a Terapia Ocupacional centrada no cliente, na qual possibilita avaliar mudanças nos problemas identificados, podendo ser utilizados em reavaliações (LAW, 2009).

Neste protocolo é levantando, por meio de uma entrevista estruturada, aspectos sobre as atividades do cotidiano em três percepções: (1) quais atividades que quer realizar, que necessita realizar ou é esperado que ele realize; (2) a escolha de cinco atividades consideradas mais importantes e problemáticas nas três áreas de desempenho (autocuidado, produtividade e lazer); e (3) uma pontuação de 0 a 10 que represente quanto o paciente é capaz e está satisfeito na realização dessa atividade, representado pela capacidade e desempenho, na qual é tirado um valor final (*média*). Além disso, este protocolo pode ser reaplicado após um período de acompanhamento terapêutico ocupacional para verificar efetividade no tratamento e melhoria do desempenho ocupacional.

Para este estudo foram selecionados 8 protocolos da COPM, aplicados de agosto a outubro de 2013, em pessoas que vivenciaram primeiras crises do tipo psicótico. Os dados foram organizados em uma planilha categorial no Excel® e realizada análise quantitativa e qualitativa descritiva de frequência numérica e de conteúdo sobre aspectos do desempenho ocupacional. A parte final da COPM, na qual tira-se a média final entre capacidade e desempenho nas tarefas descritas e elencadas como prioritárias, foi agrupada em uma escala de satisfação, como ruim ou insatisfeito (0 a 3), regular ou moderadamente satisfeito (3 a 5), bom ou satisfeito (5 a 7) e ótimo ou muito satisfeito (7 a 10).

Ainda nesta etapa, foram também estudados os relatórios finais de análise da COPM dos estudantes Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) participantes do projeto de pesquisa na qual originou-se os protocolos analisados.

Na terceira etapa, os resultados quantitativo e qualitativo das duas primeiras etapas da pesquisa foram triangulados, observando recorrências ou divergências das variáveis do estudo, com possibilidades de discutir com as estratégias clínicas da Terapia Ocupacional.

O aspecto ético segue os termos da resolução nº466/2012 da Comissão Nacional de ética em Pesquisas [CONEP] (BRASIL, 2013), por meio da liberação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

## **RESULTADO E DISCUSSÃO**

Os resultados da revisão de literatura e dos dados da COPM serão apresentados de forma descritiva, possibilitando a triangulação dos dados.

No estudo da literatura foram estudados 29 artigos, dos quais 45% da SCIELO, 34% da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e 21% da CAPES, nos idiomas inglês (79%) e português (21%). Foram localizadas 01 publicação no ano de 1996 (3,4%), 05 publicações de 2001 a 2005 (17,2%), 13 publicações entre 2006 a 2010 (45%), e 10 nos anos de 2011 a 2015 (35%).

Os artigos apresentaram-se em 66% teóricos, como as revisões bibliográficas (52%) e estudos empíricos (34%), com predomínio de estudos qualitativos (68%). É importante pontuar que 62% dos artigos não referiram seu método de análise, sendo encontrada a descrição em apenas 17%, tendo a análise de conteúdo como a mais citada.

Houve um predomínio de estudos teóricos, sendo 2015 o ano de maior publicação. Nesse sentido, é relevante a necessidade de estudos empíricos no campo da saúde funcional em Terapia Ocupacional, e assim possibilitar a divulgação de experiências eficazes com relação ao fenômeno complexo do sofrimento psíquico do tipo psicótico nas estratégias clínicas da Terapia Ocupacional.

O resultado de conteúdo sobre a literatura estudada apresentou unidades de análise, como: (1) aspectos sobre conceito de primeira crise do tipo psicótica; (2) descrição sobre sintomatologia; (3) o desempenho ocupacional apresentado nos artigos sobre este contexto e os resultados dos protocolos da COPM; e (4) descrições sobre a atuação da Terapia Ocupacional neste campo.

Com relação ao conceito de crise em si, as autoras Lancman, Sznelwar e Jardim (2006) referem que a vivência das primeiras crises está relacionada às habilidades e competências de um sujeito que são testadas, levando-o a passar por um momento de sofrimento que pode levar a adquirir novas habilidades ou mesmo levá-lo ao sofrimento patológico. Vieira (2014) complementa enunciando que neste instante o equilíbrio é rompido,

ou seja, os recursos mentais do indivíduo não atendem às demandas impostas e, somado a isso, o indivíduo não consegue se adaptar e transformar-se diante da demanda.

Para alguns autores (HENRY e COSTER, 1996; KRUPA, WOODSIDE e POCOOCK, 2010), o sofrimento psíquico ocorre em indivíduos na fase da adolescência ou no início da vida adulta e os sintomas são diversos, como: psicose, perda da realidade, delírios, alucinações, perturbações da fala, prejuízos cognitivos, apatia, avolição, anedonia, alogia, associalidade, desatenção, pensamento desorganizado, alteração no comportamento e emoções como irritabilidade, humor deprimido, alterações do sono, nas relações sociais e desconfiança (MALLA e PAYNE, 2005; BROWN, 2011; FAERDEN ET AL. 2011; MANTOVANI, TEIXEIRA e SALGADO, 2015). Henry e Coster (1996) acrescentam que estes sintomas interferem na realização de atividades do cotidiano, tendo um espaço para estudos que possibilite reflexões neste aspecto;

Observou-se no estudo da literatura (HENRY e COSTER, 1996; KRUPA, WOODSIDE e POCOOCK, 2010) que a definição de crise se apresenta de forma diversificada entre os autores, por estudos descritivos psicopatológicos, reduzindo para um contexto sintomatológico e pouco psicossocial.

Com relação ao desempenho ocupacional, os autores Roy et al. (2009); Costa (2014); e Mantovani, Teixeira e Salgado (2015) conceituam-no como a capacidade de trabalhar, estudar, ter lazer e viver independentemente, sendo assim as atividades que são realizadas no mundo real, na qual o desempenho ocupacional está dividido em área de desempenho, de componente e de contexto. Nesse contexto, a Terapia Ocupacional configura-se como uma profissão que atua para evitar as dificuldades funcionais.

Na análise de conteúdo dos relatórios conclusivos realizados após a aplicação da COPM, levantou-se resultados relevantes sobre a reação dos entrevistados e os efeitos do protocolo. Houve referência de reações, como comunicativos, participativos, receptivos, de aparência cansada, ou mesmo logorréico, com discurso empobrecido, ansioso, sendo necessária, durante a aplicação do protocolo, a realização de uma atividade, para facilitar o manejo da entrevista.

Em relação ao efeito do protocolo, 37% dos sujeitos de pesquisa apresentaram dificuldade na compreensão dos comandos das questões e dificuldades em se auto avaliar em relação ao seu cotidiano, dificuldade em se expressar, apresentando lentidão nas respostas e algumas vezes utilizando respostas monossilábicas, mas coerentes com as perguntas. Na maioria das entrevistas (62%), os sujeitos de pesquisa foram receptivos ao protocolo.

Os dados sociodemográficos levantados no protocolo mostraram mesmo quantitativo no sexo de 04 sujeitos de pesquisa (50%) para feminino e masculino, em idades diversificadas: abaixo de 20 anos (12,5%), entre 20 a 30 anos (62,5%) e acima de 30 anos (25%). Portanto, apresentaram um predomínio da fase adulta jovem.

Os itens respondidos na COPM, com relação às atividades do cotidiano as quais os sujeitos desejavam realizar, necessitavam realizar ou que acreditavam que outros esperavam que realizassem foram descritos com diversidades, porém com distinções e similaridades nas áreas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequência das atividades citadas nas respostas ao protocolo da COPM.

<b>Atividades descritas</b>	<b>Áreas de importância</b>	<b>Caracterização</b>	<b>N: 08 (100%)</b>
Distintas as áreas do desempenho	Autocuidado	Mobilidade	04 (50)
		Tratamento	03 (37,5)
		Alimentação	02 (25)
Similares as áreas do desempenho	Autocuidado, produtividade e lazer	Lazer	06 (75)
		Tarefas de casa	05 (62,5)
		AVD	05 (62,5)
		Estudo	05 (62,5)
		Trabalho	04 (50)
		Socialização	02 (25)
		Autopercepção	02 (25)

Fonte: Pesquisa

Com relação às áreas distintas, a frequência das atividades citadas pelos participantes em cada área demonstrou um predomínio de mobilidade (50%) e tratamento (37,5) na área de autocuidado. Por outro lado, na área de produtividade, lazer e algumas atividades da área de autocuidado foram similares.

As atividades descritas similarmente foram predominante lazer (75%) e ocorreram em virtude de o sujeito ter uma compreensão diversa sobre a mesma atividade. Por exemplo, a atividade de socialização foi considerada pelo sujeito como pertencente a áreas de desempenho: autocuidado, produtividades e lazer.

As atividades de lazer (75%) consideradas importantes são atividades recreativas que envolvem dirigir, ir a shows, cinema, teatro, viajar, jogar vídeo game e ir à academia. Os sujeitos de pesquisa nas atividades de tarefas de casa (62,5%), nas AVD (62,5%), de estudo (62,5%), e trabalho (50%), referem desejo de desempenhá-las de forma satisfatória. Os sujeitos expressam desejo de ser mais proativos e auxiliar na manutenção da limpeza de suas casas, realizar atividades com filhos, uso da Internet e realizar telefonemas, continuar os

estudos, passando no vestibular ou mesmo concluir trabalhos e finalizar alguma etapa do ensino que estão frequentando e conseguir um emprego e manter-se nele.

Nas atividades de estudo os sujeitos de pesquisa consideram-no como pertencente às áreas de produtividade e autocuidado, no qual é exposta a preparação para ir à instituição de ensino e para o estudo. Diferente de trabalho, que está nas áreas de produtividade e lazer, em que os sujeitos de pesquisa relatam que o excesso da atividade influencia negativamente a área de lazer.

A questão sobre o trabalho e o estudo foi observada nos artigos analisados: 85% destes, referem a área laboral ou produtiva, ou seja, trabalho e educação como a área mais comprometida; 51% relatam as primeiras crises relacionadas à vivência do trabalho; e em 34% dos artigos há uma relação entre as primeiras crises e educação, referindo que os sintomas negativos e positivos interferem na qualidade de vida dos indivíduos. Além disso, descrevem que a área mais afetada é a produtiva e, em 24% dos artigos, as atividades de vida diária (LYSAKER, BRYSONE e BELL, 2002; LLOYD ET AL. ,2008; ROY, 2009; POON, SIU e MING, 2010; GRIGOLATTO ET AL. 2014).

Outros estudos complementam que uma das dificuldades na área produtiva está associada às dificuldades em relação ao rebaixamento dessas pessoas com relação aos hábitos, à qualidade do trabalho e à apresentação pessoal no adoecimento (LYSAKER, BRYSONE e BELL, 2002).

A autopercepção (25%) dos sujeitos está presente nas três áreas. Para Grigolatto et al. (2014), a autopercepção está relacionada ao modo como o indivíduo se vê perante a sociedade e isto afeta a sua qualidade de vida. Ou seja, se a autopercepção do indivíduo for negativa, sua qualidade de vida será ruim.

Esses resultados demonstram que as atividades consideradas mais problemáticas pelos sujeitos de pesquisa são de lazer, estudo, AVD, tarefas de casa e trabalho. Segundo estudos de Bejerholm e Eklund (2004), Krupa, Woodside e Pocock (2010) e Faerden et al. (2011), as atividades realizadas pelas pessoas em sofrimento psíquico consistem-se em atividades passivas, como: andar pela casa, ler, observar objetos e pessoas, ou seja, há um declínio das atividades produtivas. Somados a esses fatores, há a perda funcional e o aumento do sono devido ao uso dos medicamentos ou do próprio sofrimento. Portanto, devido ao declínio na realização das atividades, levando a realização predominante de atividades passivas, os indivíduos apresentaram dificuldades em atividades ativas como as citadas pelos sujeitos da pesquisa empírica.

É importante destacar que dos itens citados pelos participantes na entrevista sobre o desempenho, foram identificados como os mais problemáticos, com base em uma nota de 0 a 10, os ilustrados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Atividades pontuadas como problemáticas para o desempenho ocupacional.

<b>Áreas de problemas de desempenho</b>	<b>Caracterização</b>	<b>N: 08 (100%)</b>
Autocuidado	Autocuidado	02 (25)
	Mobilidade	02 (25)
	Tratamento	02 (25)
Produtividade	Estudo	05 (62,5)
	Trabalho	02 (25)
	Tarefas de casa	01 (12,5)
Lazer	Atividades recreativas	03 (37,5)
	Socializar	03 (37,5)

Fonte: Pesquisa

A problemática no desenvolvimento das atividades apresentou o mesmo valor (25%) para o cuidado de si, a mobilidade e o tratamento. Dois estudos (BEJERHOLM E EKLUND, 2004; BROWN, 2011) trazem que não há dificuldades para a realização das atividades de vida diária, contudo os sujeitos dessas pesquisas relatam que somente realizaram essas atividades por serem exigências sociais ou necessidades pessoais. Por outro lado, Wooside, Krupa e Pocock (2007); Poon, Siu e Ming (2010); Costa et al. (2014) apresentam que as atividades de vida diária e instrumentais, como cozinhar, cuidados da casa e pessoais, atividade sexual e administração financeira são atividades que os sujeitos realizavam, mas que passaram a negligenciar com a vivência das primeiras crises.

As perspectivas dos estudos explicam o porquê dos valores na área de desempenho autocuidado serem os menores em relação às áreas de produtividade e lazer, pois, inicialmente os indivíduos realizam a atividade, mas, após um período passam a negligenciá-la, levando ao desempenho alterado e, portanto, a ser uma área problemática, comparando-a, futuramente, com as outras áreas de desempenho.

As características da área de produtividade, como as tarefas de estudos (62,5%), foram predominantes, seguidas das atividades de trabalho (25%). As primeiras, relacionam-se diretamente com o fato dos participantes serem estudantes. Já os aspectos na área laborativa são tratados por Dantas (2008) como um processo ambivalente, gerador de sofrimento psíquico, mas também como protetivo e de manutenção nas situações de sofrimento psíquico e por Malla e Payne (2005) que refere à consequência negativa, quando as atividades de trabalho são afetadas, expondo a administração financeira, que é uma tarefa afetada nos

sujeitos em primeiras crises por motivos contextuais, ou seja, gera dependência financeira ou de tarefas do cotidiano dos genitores.

Na área de lazer as atividades apresentaram equitativo, caracterizado por atividades recreativas e de socialização.

Segundo a literatura, a rede de apoio e a constituição da mesma é pela socialização, sendo um fator importante na recuperação da pessoa em sofrimento. Henry e Coster (1996) mostram que pacientes com uma rede de apoio frágil, restrita à rede primária ou com dificuldades de socialização podem sofrer recaídas na fase de recuperação. Porém, uma rede de apoio ampliada, ou seja, composta por familiares, amigos e serviços da comunidade colabora em sua recuperação.

Ou seja, a atividade de socialização, é uma atividade importante, pois nela se estrutura e amplia a rede de apoio que é a base para uma recuperação favorável; porém, quando há dificuldades em socializar devido à falta de conhecimento e estigma de outrem (BASSETT, LLOYD E BASSETT, 2001; ROY, ET AL., 2009; MOTIZUKI E MARIOTTI, 2014), o paciente não entra na fase de recuperação.

Com relação à parte final do protocolo da COPM, na qual tira-se a média final entre capacidade e desempenho nas tarefas descritas e elencadas como prioritárias, observou-se aspectos relevantes com uma diversidade, quando agrupadas pelo nível de satisfação (Figura 1).

**Figura 1.** Média do desempenho e da satisfação da COPM agrupada por níveis de satisfação.

<b>Desempenho</b>	<b>Satisfação</b>
N:08 (100%)	N:8 (100%)
↓	
<b>Ótimo/ muito satisfeito (7-10)</b>	
2 (25)	0
↓	
<b>Bom/ satisfeito (5-7)</b>	
3 (37,5)	3 (37,5)
↓	
<b>Regular/ moderadamente satisfeito (3-5)</b>	
0	3 (37,5)
↓	
<b>Ruim/insatisfeito (0-3)</b>	
1 (12,5)	0
↓	
<b>Não refere</b>	
3 (37,5)	3 (37,5)

Fonte: Pesquisa

De um modo geral, a escala das médias entre desempenho das atividades e nível de satisfação das pessoas em crise psicótica tiveram um predomínio pouco distantes. Os sujeitos de pesquisa, apesar de considerarem boa sua capacidade de desempenhar estas tarefas (37,5%), mostraram-se moderadamente satisfeitos (37,5%).

Com relação ao índice baixo, apontando a insatisfação e pouco desempenho nas tarefas, foi complementado pelos conteúdos apresentados pelos participantes durante a entrevista sobre a dificuldade em concentrar-se na realização de tarefas ou mesmo de memorizar compromissos pré-agendados, sendo necessário o uso de agendas. Além disso, houve dificuldades nas interações sociais e realização de atividades recreativas com amigos e familiares.

A vivência da crise psicótica mostra-se negativamente para o desempenho destas atividades, sendo associada aos aspectos cognitivos, corroborando com diversos estudos que apresentam essa associação, entre a vivência da crise e os aspectos cognitivos que compõem os aspectos do componente de desempenho.

Os estudos apresentaram que 48% dos artigos abordam os componentes do desempenho, que podem levar às dificuldades relatadas pelos sujeitos de pesquisa. Dos 48%, 38% relata alterações na cognição e 10% nos fatores físicos. E sobre o contexto, 68% dos artigos trazem a relação das primeiras crises e habilidades sociais.

Os estudos afirmam que os prejuízos cognitivos são alterações do senso de percepção, atenção e concentração, memória, e que afetam a resolução de problemas, conceitos, organização e planejamento, influenciados pela fadiga mental e expõem que as realizações das atividades sofrem interferência devido á fadiga, falta de concentração, ansiedade, dificuldade em organizar e concentrar-se, sintomas negativos e positivos.

No caso dos sintomas negativos, estes afetam o lazer e diretamente a socialização que, somada ao estigma social, resulta em dificuldade de fazer novas amizades, manter o papel social e a sua rede social (WOODSIDE, KRUPA E POCOOCK, 2007; HOFE ET AL., 2006; MACHADO, 2009; ROY, ET AL., 2009; KRUPA, WOODSIDE E POCOOCK, 2010; RINALDI ET AL.,2010; BROWN, 2011).

Além desses prejuízos cognitivos, prejuízos físicos como tremores e astenia, ligados aos sintomas positivos, provocam declínio das habilidades funcionais e fadiga física (Hofer et al.,2006; Bowie et al.,2008; e Krupa, Woodside e Pocock,2010).

Outro fator levantado pelos participantes sobre o desempenho e satisfação das atividades está no tratamento medicamentoso, pois os remédios causam sono excessivo, fadiga física e aumento de peso. Por consequência desses efeitos colaterais e pela crise

propriamente dita, os sujeitos apresentam dificuldades no início e término das atividades laborativas levando à insatisfação no desempenho da realização das atividades, podendo ser uma causa na continuidade do tratamento com uso incorreto do medicamento e de evasão. Portanto, os efeitos colaterais dos remédios e o processo de remissão dos sintomas, ocasionam sintomas colaterais, como fadiga, irritabilidade, desânimo, sintomas depressivos, insegurança, angústia e sensação de enlouquecer, dificultando a realização das atividades (LYSAKER, BRYSONE e BELL, 2002).

A pesquisa teórica e a pesquisa empírica deste estudo demonstram que as primeiras crises do tipo psicótica interferem no desempenho das atividades, bem como na satisfação ao realizá-las. Entretanto, na pesquisa empírica, os sujeitos apresentaram discurso com conteúdo de negação em relação ao seu cotidiano, com dificuldade em definir as atividades compatíveis com os papéis sociais as quais estão inseridos. Porém, no estudo teórico, os artigos não tratam sobre os papéis sociais com essas pessoas, indicando a necessidade de estudos que descrevam aspectos do papel social nesse campo.

Além disso, os estudos mostraram que tanto os pródromos como a crise do tipo psicótica afetam as três áreas principais do desempenho ocupacional. Lazer, produtividade e autocuidado entram em desequilíbrio por diversos aspectos e, processualmente, alteram os papéis sociais dessas pessoas.

De um modo geral, uma crise afeta as áreas e componentes do desempenho de uma pessoa e, conseqüentemente, seus contextos e fatores pessoais. Nesse sentido, o acompanhamento pelo terapeuta ocupacional se faz necessário, para intervir nestes aspectos que favoreçam retomar o desempenho de papéis e tarefas.

O profissional terapeuta ocupacional teria um papel importante no cuidado das pessoas em primeiras crises, se relacionado aos estudos de autores que descrevem a importância do engajamento do indivíduo em uma ocupação e que, quando isso não ocorre, sobrevêm o adoecimento e a dificuldade de constituir-se socialmente. O objetivo da profissão é a capacitação do indivíduo para participar e se envolver em atividades (BASSETT, LLOYD E BASSETT, 2001; IVARSSON, SÖDERBACK E TERNESTEDT, 2002; RINALDI ET AL, 2010; HITCH, PEPIN E STAGNITTI, 2013). A ocupação envolve primordialmente o emprego, o qual gera independência, autoestima, socialização. Quando o sujeito está em processo de adoecimento, esse desempenho é comprometido (MOTIZUKI E MARIOTTI, 2014).

Conforme Lloyd et al. (2008) e Vieira (2014), a T.O. inicia a sua atuação conhecendo o histórico do paciente, seus desejos em relação às atividades. Identifica fatores de risco,

proteção, compreende o papel ocupacional do paciente e sua rede de apoio, sendo essa etapa realizada, na pesquisa empírica, ao aplicar alguma avaliação, nesse caso a COPM. Ainda segundo os autores, levanta e negocia objetivos com a família e o indivíduo com o objetivo geral de manter a independência, apoiar esforços de papéis produtivos e mantê-los, para assim intervir.

Henry e Coster (1996); Ivarsson, Soderback, e Ternstedt (2002); Brown (2011) e Smith et. al. (2014) enunciam que a T.O. visa ao desenvolvimento de competências para a comunicação, recuperação e desenvolvimento de habilidades funcionais de acordo com o desejo do paciente envolvendo-o em ocupações; auxilia na gestão dos sintomas, o ajuda a buscar projetos de vida e compreender o seu papel ocupacional; proporciona alívio, autoestima, autoconhecimento, independência, responsabilidade, satisfação, alívio dos sintomas e crença no futuro; e auxilia conhecer os serviços da comunidade e apresentá-los ao paciente.

Ainda neste aspecto, autores como Hofer et. al. (2006); Koster et. al. (2008); Wooside, Krupa e Pococok (2007); Brown (2011); Hitch, Pepin e Stagnitti (2013) e Smith et. al. (2014) destacam que as intervenções são mais eficazes quando pautadas nas necessidades do paciente, específicas para cada gênero e com interlocução entre a área médica, farmacológica, psicossocial e ocupacional, utilizando serviços especializados, como a Terapia Ocupacional, que favorece bem estar, inclusão social, por meio do envolvimento em uma ocupação.

Concluindo, Bassett, Lloyd e Bassett (2001); Krupa, Woodside e Pocock (2010) trazem que a díade (terapeuta ocupacional-paciente/família) auxilia a reconhecer a crise, proporciona ou mantém a rede de apoio do paciente. Desta forma, a abordagem da Terapia Ocupacional é centrada no cliente com perspectiva na rede social do indivíduo.

O uso da Terapia Ocupacional nos estudos demonstrou que os indivíduos passaram a engajar-se mais em atividades, sendo as atividades de lazer as principais, tratando-se este de um aspecto que auxilia a recuperação.

Outro aspecto que auxiliaria a recuperação seria o envolvimento em atividades da área laboral, como mostrado no estudo de Arbesman e Logsdon (2011). Segundo Grigolatto et al. (2014), o engajamento em atividades gera o papel ocupacional do indivíduo e, portanto, aumenta sua qualidade de vida, ou seja, quando há limitações ao se engajar em algumas atividades, conseqüentemente a qualidade desse indivíduo será reduzida. Cook, Chambers e Coleman (2009) complementa Grigolatto expondo que o envolvimento com ocupação traz bem-estar e inclusão social.

Diante dos efeitos da primeira crise na vida do indivíduo, a Terapia Ocupacional visa ao desenvolvimento de competências para a comunicação, recuperação e desenvolvimento de habilidades funcionais de acordo com o desejo do paciente envolvendo-o em ocupações, mostrando assim a importância desse profissional na atuação com indivíduos em primeiras crises.

A atuação da T.O. foi evidenciada teoricamente, porém não houve evidências da atuação da mesma na pesquisa empírica, sendo um fator limitante. Diante deste fato, são necessários estudos empíricos para compreender a atuação da Terapia Ocupacional na prática e os resultados em pessoas em primeiras crises. Além disso, é preciso compreender a inferência nos papéis ocupacionais desses sujeitos e a relação da tríade família, terapeuta ocupacional e paciente em primeiras crises.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo apresentou como objetivo compreender os aspectos do desempenho ocupacional em pessoas que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótica e contextos de atuação do terapeuta ocupacional neste campo, sendo alcançando diante das seguintes constatações.

A área produtiva mais especificamente à atividade de trabalho, nos estudos teóricos, é fator para o desenvolvimento do sofrimento psíquico do tipo psicótico e este leva a afetar as áreas de desempenho-produtividade e lazer e minimizar o desempenho da área de autocuidado e o papel social do indivíduo. Em relação à rede social, quando maior e diversificada, é um fator protetivo e de auxílio na recuperação. Caso esta seja pequena e somente primária interfere no desempenho ocupacional negativamente, podendo causar frustração e dificuldades em planejar o futuro. Conseqüentemente, afeta a qualidade de vida que está ligada à forma como o indivíduo se vê e o seu papel perante a comunidade.

Porém, outra perspectiva sobre a área produtiva e a rede social é que, na fase de recuperação desses indivíduos, a falta da mesma leva o indivíduo a permanecer em sofrimento e até piorar. Para que não ocorra interferências negativas no desempenho ocupacional e nos papéis sociais desse indivíduo, a Terapia Ocupacional, após avaliar e elencar os objetivos, atua fortalecendo ou aprimorando a rede social e o inserido em atividades produtivas, de acordo com a demanda das potencialidades do indivíduo, colaborando na recuperação, tanto minimizando os pródromos quanto ampliando a capacidade e a satisfação ao desempenhar uma atividade.

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional tem um papel relevante, no sentido de avaliar, estimular o sujeito e a família com relação ao desempenho ocupacional, entendendo como um processo protetivo e de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5°. Porto Alegre: Artmed. 2014.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida**;26 ed. especial. São Paulo: Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. p.1-49; 2015.

ARBESMAN, M.; LOGSDON, D. W. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 65, n. 3, p. 238-246, 2011.

BASSETT, J.; LLOYD, C.; BASSETT, H. Work issues for young people with psychosis: barriers to employment. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 64, n. 2, p. 66-72, 2001.

BEJERHOLM, U.; EKLUND, M. Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. **Occupational Therapy in Mental Health**, v. 20, n. 1, p. 27-47, 2004.

BOWIE, C. R., LEUNG, W. W., REICHENBERG, A., MCCLURE, M. M., PATTERSON, T. L., HEATON, R. K., & HARVEY, P. D. Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. **Biological psychiatry**, v. 63, n. 5, p. 505-511, 2008.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1. 59p.

BROWN, J. A. Talking about life after early psychosis: The impact on occupational performance. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 78, n. 3, p. 156-163, 2011.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro. Zahar. 1980

CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v.7, n. 1, p. 163-189, mar. 2007.

COSTA, I. I. **Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave**. 2006. Disponível em: <[http://www.awmueller.com/deposito/prevencao\\_psicoses.pdf](http://www.awmueller.com/deposito/prevencao_psicoses.pdf)>.

COSTA, I. I. **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

COSTA, L. G., MASSUDA, R., PEDRINI, M., PASSOS, I. C., CZEPIELEWSKI, L. S., BRIETZKE, E., & GAMA, C. S. Functioning in early and late stages of schizophrenia. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 36, n. 4, p. 209-213, 2014.

COOK, S.; CHAMBERS, E.; COLEMAN, J. H. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. **Clinical rehabilitation**, v. 23, n. 1, p. 40-52, 2009.

DANTAS, M. A. O sofrimento psíquico e as tensões da autonomia na sociedade de indivíduos. **Psicologia. com. pt-O portal dos psicólogos**, 2008.

EARLY, M. B. **Desempenho Ocupacional**. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional: Capacidades práticas para as disfunções físicas**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2004. p.125-131.

FAERDEN, A., FRIIS, S., AGARTZ, I., BARRETT, E. A., NESVAG, R., FINSET, A., & MELLE, I. Apathy, cognitive deficits and functional impairment in schizophrenia. **Schizophrenia research**, v. 133, n. 1, p. 193-198, 2011.

GRADELLA J. G. O. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 13, n. 1, p. 133-148, 2010

GRIGOLATTO, T., CHAGAS, M. H., TRZESNIAK, C., de SOUZA CRIPPA, J. A., HALLAK, J. E. C., & SANTOS, J. L. F. A influência dos papéis sociais na qualidade de vida de portadores de esquizofrenia/The influence of social roles in the quality of life of patients with schizophrenia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, 2014.

HENRY, A. D.; COSTER, W. J. Predictors of functional outcome among adolescents and young adults with psychotic disorders. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 50, n. 3, p. 171-181, 1996.

HITCH, D.; PEPIN, G.; STAGNITTI, K. Engagement in activities and occupations by people who have experienced psychosis: A metasynthesis of lived experience. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 76, n. 2, p. 77-86, 2013.

HOFER, A., RETTENBACHER, M. A., WIDSCHWENDTER, C. G., KEMMLER, G., HUMMER, M., & FLEISCHHAACKER, W. W. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 256, n. 4, p. 246-255, 2006.

IVARSSON, A.B.; SÖDERBACK, I.; TERNESTEDT, B. The meaning and form of occupational therapy as experienced by women with psychoses. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 16, n. 1, p. 103-110, 2002.

KAWASHIMA, J. K. G.; SILVA, M. N. R. M. O. **Possibilidades da terapia ocupacional no cuidado às primeiras crises do tipo psicótica**. 2013. 63 f., il. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) —Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

KNOBLOCH, F. **O Tempo do traumático**. São Paulo: Educ. 1998

KOSTER, A., LAJER, M., LINDHARDT, A., & ROSENBAUM, B. Gender differences in first episode psychosis. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 43, n. 12, p. 940-946, 2008.

KRUPA, T.; WOODSIDE, H.; POCOCK, K. Activity and social participation in the period following a first episode of psychosis and implications for occupational therapy. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 1, p. 13-20, 2010.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; JARDIM, T. A. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 3, p. 129-136, 2006.

LAW, M. et al. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional**; Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009

LYSAKER, P. H.; BRYSON, G. J.; BELL, M. D. Insight and work performance in schizophrenia. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 190, n. 3, p. 142-146, 2002.

LLOYD, C., WAGHORN, G., WILLIAMS, P. L., HARRIS, M. G., & CAPRA, C. Early psychosis: Treatment issues and the role of occupational therapy. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 7, p. 297-304, 2008.

MACHADO, A. P. O. **Implicações da psicose na adolescência**. 2009.

MALLA, A.; PAYNE, J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. **Schizophrenia Bulletin**, v. 31, n. 3, p. 650-671, 2005.

MANTOVANI, L. M.; TEIXEIRA, A. L.; SALGADO, J. V. Functional capacity: a new framework for the assessment of everyday functioning in schizophrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 3, p. 249-255, 2015.

MCGORRY, P. D. EDWARDS, J. **Implementing early intervention in psychosis. A guide to establishing early psychosis services**. 2002.

MOTIZUKI, C. S.; MARIOTTI, M. C. Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. **Rev. ter. ocup**, v. 25, n. 2, p. 100-110, 2014.

POON, M. Y. C; SIU, A. M. H; MING, S. Y. Outcome analysis of occupational therapy programme for persons with early psychosis. **Work**, v. 37, n. 1, p. 65-70, 2010.

RIBEIRO, J. S. S. V. **O desempenho ocupacional e os sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica**. 2014. 52 f., il. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) -Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

RINALDI, M., KILLACKY, E., SMITH, J., SHEPHERD, G., SINGH, S. P., & CRAIG, T. First episode psychosis and employment: a review. **International Review of Psychiatry**, v. 22, n. 2, p. 148-162, 2010.

ROY, L., ROUSSEAU, J., FORTIER, P., & MOTTARD, J. P. Perception of community functioning in young adults with recent-onset psychosis: Implications for practice. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 72, n. 10, p. 424-433, 2009.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008.

SMITH, R., DE WITT, P., FRANZSEN, D., PILLAY, M., WOLFE, N., & DAVIES, C. Occupational performance factors perceived to influence the readmission of mental health care users diagnosed with schizophrenia. **South African Journal of Occupational Therapy**, v. 44, n. 1, p. 51-55, 2014

VIEIRA, S. R. S. Sofrimento psíquico e trabalho. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 1, p. 114, 2014.

WOODSIDE, H.; KRUPA, T.; POCOCK, K. Early psychosis, activity performance and social participation: A conceptual model to guide rehabilitation and recovery. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 31, n. 2, p. 125, 2007.

# ANEXO -Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)

## MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)<sup>1</sup>

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock<sup>2</sup>

Nome do cliente: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Entrevistado: _____ (se não for o cliente)	Registro nº: _____	
Terapeuta: _____	Data da avaliação: _____	
Clinica/Hospital: _____	Programa: _____	Data prevista para reavaliação: _____
		Data da reavaliação: _____

### PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

### PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadros nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autocuidado	Importância
<b>Cuidados pessoais</b> _____ (ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
<b>Mobilidade funcional:</b> _____ (ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
<b>Independência fora de casa:</b> _____ (ex.: transportes, compras, finanças)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
B. Produtividade	Importância
<b>Trabalho (remunerado/não-remunerado)</b> _____ (ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
<b>Tarefas domésticas</b> _____ (ex.: limpeza, lavagem de roupas, preparação de refeições)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
<b>Brincar/Escola</b> _____ (ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
C. Lazer	Importância
<b>Recreação tranquila</b> _____ (ex.: hobbies, leitura, artesanato)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
<b>Recreação ativa</b> _____ (ex.: esportes, passeios, viagens)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
<b>Socialização</b> _____ (ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

<sup>1</sup>Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Ulka V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso. Publicado pelo CAOT Publicações ACE. © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000.

**PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL**

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

**PASSO 4: REAVALIAÇÃO**

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{N}^{\circ} \text{ de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

**PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA**

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

**Mudança no Desempenho** = Pontuação do Desempenho 2 \_\_\_ – Pontuação do Desempenho 1 \_\_\_ = \_\_\_

**Mudança na Satisfação** = Pontuação da Satisfação 2 \_\_\_ – Pontuação da Satisfação 1 \_\_\_ = \_\_\_

**ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES**

Avaliação inicial:

Reavaliação: