

**A interferência dos aspectos percepto-cognitivos nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, em clientes com seqüelas por lesão neurológica.**

**The influence of the perceptual-cognitive difficulties on the activities of daily living and instrumental activities of daily living in patients with neurological injuries**

Juliana Conti<sup>1</sup>

**RESUMO**

Este artigo é um levantamento bibliográfico sobre a interferência dos aspectos percepto-cognitivos durante a realização das atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) em clientes com seqüelas por lesão neurológica. Com o objetivo de indicar o quanto esses déficits interferem na reabilitação do cliente e no retorno às atividades cotidianas, o artigo mostra que essas atividades — que aparentemente são simples e já conhecidas por eles — têm de ser aprendidas outra vez. Por outro lado, o artigo revela que não apenas esses aspectos interferem nessas tarefas durante o tratamento e no final dele (no qual o cliente apresentará uma maior ou menor independência), mas também há fatores — como os motores, emocionais, culturais, sociais, econômicos e principalmente a família — que influenciarão de maneira positiva ou negativa o cliente e seu processo de reabilitação. Para ilustrar esta pesquisa, foram apresentados três casos clínicos atendidos no serviço de Terapia Ocupacional.

**PALAVRAS-CHAVE**

terapia ocupacional, percepto-cognitivos, atividades cotidianas, reabilitação, lesão neurológica crônica

**ABSTRACT**

This is a literature review on the influence of perceptual-cognitive aspects in the performance of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) in patients with neurological injury sequelae. In order to show how much these deficits impair the clients' rehabilitation and their return to routine activities, the review shows that such activities - which seem apparently simple and are previously known by them - have to be learned again. On the other hand, the review shows that these aspects not only interfere with these tasks (for which the client can be more or less independent), but also that there are factors – motor, emotional, cultural, social, economic, and, mainly, familial – that can positively or negatively influence the patient and his rehabilitation. Three clinical cases seen at the Occupational Therapy Service will be presented in order to illustrate this review.

**KEYWORDS**

occupational therapy, cognition, activities of daily living, rehabilitation, chronic brain injuries.

Recebido em 11 de Maio de 2006, aceito em 9 de Junho de 2006

<sup>1</sup>Terapeuta Ocupacional da Divisão de Medicina de Reabilitação – Umarizal

Endereço para correspondência:

Divisão de Medicina de Reabilitação – Centro de Reabilitação Umarizal

Rua: Guaramembé, 589 – Jd. Umarizal, São Paulo - SP

Cep: 05754060

E-mail: juconti@yahoo.com.br

## Introdução

As Atividades de Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são alguns dos principais enfoques a serem trabalhados durante o processo de reabilitação física dos clientes com seqüelas por lesão neurológica. É necessário, inicialmente, definir o que é a AVD. Para a Associação Americana de Terapia Ocupacional<sup>1</sup>, as AVDs são todas as atividades que os indivíduos exercem em seu cotidiano. Segundo Holm *et al*<sup>2</sup>, as AVDs se dividem em 11 categorias:

- banho (chuveiro / banheira),
- controle urinário e vesical,
- uso do vaso sanitário,
- vestuário,
- alimentação,
- habilidade funcional,
- autocuidado,
- higiene,
- arrumar-se,
- atividade sexual,
- dormir.

Além das AVDs, foram definidas as AIVDs, que também se subdividem em 11 categorias:

- cuidado com os outros,
- cuidado com os animais,
- cuidado com as crianças,
- comunicação,
- locomoção na comunidade,
- lidar com as finanças,
- cuidado com a saúde,
- atividades de cuidado da casa,
- preparo de uma refeição,
- limpeza,
- procedimentos de segurança e emergência,
- compras.

Entretanto, de acordo com Rogers<sup>3</sup>, tanto as AVDs como as AIVDs são compostas por tarefas menores. Por exemplo, a higiene engloba escovar os dentes (ou próteses dentárias), pentear os cabelos, fazer a barba ou aplicar a maquiagem e cortar as unhas — cada elemento desses tendo uma seqüência de pequenas etapas a serem executadas (ex: escovar os dentes: pegar a escova e a pasta, colocar a pasta na escova, escovar os dentes, enxaguar a boca, lavar a escova e guardá-la).

Durante a avaliação de AVDs, é necessário considerar alguns fatores sobre o cliente<sup>4</sup>, tais como seu desenvolvimento após a lesão, aspectos físicos (amplitude de movimento articular, força muscular, coordenação, sensibilidade e equilíbrio), a determinação dos potenciais e déficits e a necessidade de equipamentos. O mesmo autor afirma que a cognição e a percepção são importantes aspectos a serem considerados, pois determinam o potencial de aprendizagem. Além disso, é importante considerar a família e o cliente com seus valores e cultura, pois estes interferem diretamente no tratamento, de maneira positiva ou negativa. Por exemplo, um cliente de mais de 60 anos que nunca preparou uma refeição ou mesmo um café

(pois sua esposa sempre o fez) não será após a lesão que fará. A partir desses dados, é possível montar os objetivos para o programa de reabilitação em atividades cotidianas. Entretanto, este artigo se propõe a estudar apenas a interferência dos aspectos percepto-cognitivos na execução das AVDs e a interferência deles em uma maior ou menor independência e autonomia do cliente.

Durante a análise de cada uma das AVDs e AIVDs, é importante observar todos os aspectos que participam de cada uma das tarefas. Por exemplo, vestir uma camiseta: envolve os aspectos motores e sensitivos, planejamento, atenção, memória e aprendizado. Como é possível observar, são necessários diversos aspectos para realizar uma simples tarefa cotidiana<sup>4</sup>, obrigando os pacientes com seqüelas por lesão neurológica a reaprender a executar cada uma delas.

A lesão neurológica pode trazer, entre outras seqüelas, as alterações percepto-cognitivas e estas, segundo Katz *et al*<sup>5</sup>, são essenciais para a evolução e o desempenho do cliente na execução das atividades de vida diária. Os autores também afirmam que estes déficits são comuns nessas lesões e deixam um impacto significativo nos aspectos funcionais. De acordo com Erikson *et al*<sup>6</sup>, após a ocorrência de uma lesão neurológica, o cliente tem uma habilidade limitada para se adaptar às novas circunstâncias e demandas encontradas durante a realização das atividades de seu cotidiano. Segundo os autores, o terapeuta ocupacional deve focar seus objetivos nas ocupações que de fato são significativas para o cliente, para que ocorra um processo de adaptação, ou seja, para o cliente atingir maior grau de funcionalidade em suas atividades cotidianas, de acordo com seus déficits e potenciais. Conforme os autores Katz *et al*<sup>7</sup>, dependendo da gravidade das seqüelas, os déficits percepto-cognitivos determinam progresso mais lento ou insucesso no processo de reabilitação do cliente, mesmo com o retorno das habilidades motoras.

Segundo Segal<sup>8</sup>, a adaptação aos déficits neurológicos interfere não apenas no cliente, mas também na família, em sua rotina e em seus rituais cotidianos, alterando todo o modo de vida deles. Ainda de acordo com o mesmo autor, os rituais e rotinas são uma forma simbólica de comunicação e de identidade de cada família. Durante a avaliação, este é outro aspecto a ser considerado, principalmente no momento de indicar qualquer mudança, uso de adaptação ou até mesmo o uso de tecnologia para auxiliar o cliente em suas AVDs e AIVDs. Sendo assim, o modo como o cliente realizará suas atividades, a necessidade de auxílio, a autonomia e a independência adquirida também sofrerão uma interferência da família, de seu modo de vida, de sua cultura e de seus hábitos.

Durante o tratamento, é preciso medir o grau de independência do cliente, ou seja, a capacidade dele realizar uma tarefa por si mesmo ou se é necessário auxílio. Os autores Rogers & Holm<sup>9</sup> classificam os níveis de independência em nula, mínima, moderada ou máxima, sendo necessário considerar fatores como segurança, quantidade e tipo de auxílio necessário, qualidade (com que a tarefa é executada) e adequação do cliente com relação às atividades e possíveis mudanças.

Como o objetivo deste levantamento bibliográfico é estudar a interferência dos aspectos percepto-cognitivos, é necessário descrever brevemente cada um deles.

A percepção é construída, segundo os autores Baldo & Haddad<sup>10</sup>, pela inter-relação que inconscientemente fazemos com o ambiente à nossa volta, sabendo-se que grande parte daquilo que percebemos é uma construção de nosso sistema nervoso. Para os autores, a percepção ocorre a partir de experiências com o ambiente, que serão vivenciadas e armazenadas no sistema nervoso e, quando necessário, serão lembradas, comparadas e vivenciadas. A percepção envolve todo o sistema sensorial (tato, paladar, audição, visão, olfato e propriocepção) e é através dele que reconhecemos informações e interagimos com o mundo ao nosso redor<sup>11</sup>.

Para o indivíduo com lesão neurológica, geralmente este sistema está alterado, interferindo na maneira como ele interage, aprende e recorda ações, situações conhecidas e novas, reconhecendo informações do mundo que o rodeia. É através da percepção que reconhecemos objetos, pessoas, o ambiente à nossa volta e nosso próprio corpo, além das relações entre eles. Durante uma refeição, sentados à mesa, é necessário reconhecer o local onde sentamos, onde estão os pratos, talheres, copos, as travessas de comida e quem são as pessoas ao nosso redor, além de saborear o alimento.

Segundo Grieve<sup>12</sup>, cognição é um conjunto de atos e comportamentos para alcançar determinado objetivo, por exemplo, qual roupa vestir para ir a um aniversário. Essa ação envolve diversos aspectos da cognição, entre eles: memória (onde estão as roupas de sair?), praxia (estou colocando a roupa da maneira esperada?), atenção (coloquei o sapato esquerdo no pé esquerdo?), crítica (esta roupa está adequada para esta ocasião?), planejamento (o que eu visto primeiro?), comportamento (o que eu faço se esta roupa que quero vestir está amassada?), raciocínio (quanto tempo eu preciso para estar pronta? E se eu atrasar?). Além da cognição, também estão envolvidos os aspectos perceptivos, tais como percepção espacial, corporal, visual e temporal. Grieve também afirma que o sistema cognitivo funciona como um todo, mas é necessário estabelecer as divisões para uma melhor compreensão e avaliação de cada aspecto. Assim, ao identificarmos o déficit no cliente, torna-se mais fácil explicar a disfunção ocupacional.

### Caso I

Atendido no serviço de Terapia Ocupacional, no período de 05/08/2005 a 24/08/2005.

A.C.D., 52 anos, com traumatismo crânio-encefálico em 1999, por atropelamento. Com lesão frontal, hemiparesia direita e dominância manual direita.

Alterações clínicas: diabetes e problemas cardíacos interferindo diretamente em suas AVDs, causando fadiga e prostração. Com baixa acuidade visual bilateral.

Déficits cognitivos: memória, planejamento, organização e percepção.

Aspectos motores: movimentação ativa preservada, com diminuição de força muscular e incoordenação motora fina.

AVDs: semi-dependente, sendo necessário um supervisor que relate cada etapa que ele deve executar e como.

Família: paciente e colaboradora; entretanto, a esposa realiza as tarefas por ele, por ser mais rápido e eficiente. Após orientações e demonstrações (principalmente quanto à segurança), a família se

mostrou receptiva.

Grieve também afirma que a memória está envolvida em quase tudo o que fazemos e que a maneira de utilizarmos depende de nosso próprio estilo e de nossas experiências<sup>12</sup>. A atenção é descrita como a capacidade de o indivíduo selecionar um estímulo entre muitos outros que o atingem e só responder àquele que parece mais forte e/ou importante<sup>13</sup>. Como discutido anteriormente, assim como os demais aspectos cognitivos, a memória e a atenção se relacionam e se completam. Um exemplo disto seria uma atividade simples, como fazer a barba, que exige evocar as informações armazenadas pela memória de como deve ser feito (no momento da aprendizagem, foi necessária uma atenção especial para retenção da informação e posterior recordação das ações empregadas na tarefa).

Quando fazemos um bolo, é necessária a memória, para lembrar da receita, e a atenção, para separar os ingredientes e para colocar cada um na ordem correta, sem esquecer de nenhum item; caso contrário, o bolo não dará certo.

Em nosso cotidiano, realizamos diversas tarefas que consideramos automáticas, ou seja, não pensamos como fazemos, mas simplesmente executamos. Se houver alguma mudança ou imprevisto, será necessário planejar e realizar de outro modo. Uma tarefa simples de nosso cotidiano, como tomar banho, pode se tornar complicada, quando de repente queima a resistência do chuveiro e esfria a água. Quando ocorre um fato inesperado, isso requer uma alteração de planos, um planejamento diferente com novos objetivos, que pode interferir nas ações de maneira mais ou menos severa, conforme as necessidades do momento. Aparentemente, é um problema fácil de ser resolvido, mas — para um indivíduo com alterações de funções executivas — é um conjunto de soluções e resoluções difícil de ser alcançado. Situações como pagar contas, receber troco, retirar dinheiro e conferir o extrato bancário podem se tornar uma tarefa difícil para o cliente com dificuldade de raciocínio, organização e planejamento, além, é claro, das dificuldades com memória, atenção e concentração. Praxia, conforme a definição de Landry & Spaulding<sup>14</sup>, é a habilidade de planejar e realizar determinado movimento propositalmente. Ainda, segundo as autoras, praxia envolve o reconhecimento necessário para realizar determinada ação e o planejamento para execução da tarefa (de modo voluntário). O déficit é denominado dispraxia e definido como um distúrbio no aprendizado do movimento, quando as funções motoras, a sensibilidade, a compreensão e a atenção estão preservadas; portanto, este déficit é definido como um critério de exclusão.

Um exemplo comum de dispraxia é a dificuldade de vestir uma camiseta: o cliente coloca do lado errado ou do avesso; não consegue perceber como deve ser realizada a ação; por mais que tenha sido orientado e demonstrado, ele não consegue vesti-la, causando por diversas vezes uma falta de paciência dos familiares e do próprio cliente. A tarefa pode ser tornar difícil quando, sozinho, ele resolve preparar o café (que era hábito anterior) e se confunde no momento de colocar o pó e a água, às vezes cometendo erros, como colocar o café direto na água, esquecendo o filtro.

### Caso II

Atendido no serviço de Terapia Ocupacional, no período de

06/05/2004 a 04/03/2005.

E.L.M., 60 anos, com traumatismo craniano, devido a ferimento por arma de fogo (FAF) em 06/07/2001, hemiparesia esquerda, dominância manual direita.

Alterações clínicas: politrauma por acidente radioativo, anterior ao trauma (FAF), e diminuição da acuidade visual bilateral.

Déficits cognitivos: funções executivas, organização, planejamento, dispraxia ideatória e atenção.

Aspectos motores: movimentação ativa preservada de membros superiores, realizando o uso de função manual e bimanual em suas atividades cotidianas, embora apresente déficit de coordenação motora fina e destreza.

AVDs: a baixa acuidade visual interfere em suas tarefas cotidianas, mas não impede de executá-las. Paciente apresenta dificuldade para realizar o vestuário (não diferencia frente e verso, direita e esquerda, o que vestir primeiro), sendo necessário orientá-lo e deixá-lo de frente para o espelho, além de entregar a roupa pronta para ele executar a tarefa.

Família: mostrava-se impaciente diante das dificuldades de E.L.M. e costumava realizar as AVDs por ele, além de ser resistente às orientações.

Alguns déficits perceptivos impedem o cliente de reconhecer e perceber, algumas vezes, até mesmo objetos colocados próximos a ele. A pessoa que tem um déficit de percepção visuo-espacial — de acordo com Liu *et al*<sup>15</sup> — tem dificuldade de reconhecer estímulo localizado e distante de seu campo de visão mais centralizado. Quando decide ler um jornal, às vezes, a pessoa não compreende a história, pois, em virtude de sua limitação visuo-espacial, não lê algumas partes das frases, apenas as palavras centrais, e não as laterais.

### Caso III

Atendido no serviço de Terapia Ocupacional, no período de 28/06/2005, sem previsão de alta até presente data.

J.C.L., 74 anos, sofreu acidente vascular encefálico em 12/01/2005, apresenta seqüela de hemiplegia esquerda e dominância manual direita.

Alterações clínicas: diminuição da audição.

Déficits percepto-cognitivos: negligência unilateral à esquerda, alteração têmporo-espacial e memória de longo prazo.

Aspectos motores: membro superior esquerdo com início (sutil) de flexão de dedos e sem movimentação ativa nas demais articulações. AVDs: semidependente. Em casa, família refere que J.C.L. não percebe os objetos colocados ao lado esquerdo; durante a refeição, deixavam prato, copo e talheres no lado direito para que ele percebesse; no carro, cliente continuava conversando com seu filho e não notava que ele havia saído de seu lado. Durante as atividades propostas em terapia, o próprio cliente começou a transferir para o lado direito as peças que estavam no lado esquerdo, pois anteriormente não as encontrava.

Família: mostra-se colaboradora e participativa no tratamento, seguindo as orientações.

Como descrito anteriormente, estas funções se relacionam entre si, de modo que uma interfere na outra de maneira mais ou menos

intensa, prejudicando a realização das atividades cotidianas, na presença de algum déficit. Durante uma observação mais detalhada de cada uma destas atividades, é possível perceber que diversos aspectos percepto-cognitivos estão envolvidos, e não apenas aqueles citados nos exemplos.

### Conclusão

A partir deste levantamento bibliográfico, foi possível observar a interferência dos aspectos percepto-cognitivos na realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária; entretanto, no momento da avaliação, existem outros aspectos a serem considerados. Além da avaliação, eles devem ser considerados durante o tratamento, quando se fechar um prognóstico (que possivelmente sofrerá alterações) de maior ou menor independência e autonomia do cliente com as seqüelas por lesão neurológica. Nosso interesse e objetivo não é apenas de que o cliente se torne independente, mas também que isto se reflita nele e em seus familiares sem deixar de lado os déficits e potenciais de cada um. Sempre lembrando, ainda, das dificuldades socioeconômicas e culturais da família. Embora este artigo traga relato de casos clínicos ele se baseia apenas na literatura.

### Referência Bibliográfica

1. Uniform terminology for occupational therapy - third edition. American Occupational Therapy Association. *Am J Occup Ther.* 1994;48(11):1047-54.
2. Holm MB, Rogers JC, James AB. Intervention for Daily Living. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman's occupational therapy. 10 ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. p.491-554.
3. Rogers JC, Holm MB. Evaluation of areas of Occupation. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman's occupational therapy. 10 ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003. p.315-64.
4. Foti D. Atividades da vida diária. In: Pedretti LW, Early MB. Terapia ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. 5 ed. São Paulo: Roca; 2005. p.132-83.
5. Katz N, Hartman Maeir A, Ring H, Soroker N. Relationship of cognitive performance and daily function of clients following right hemisphere stroke: predictive and ecological validity of the LOTCA battery. *Occup Ther J Res.* 2000; 20:3-17.
6. Erikson A, Karlsson G, Soderstrom M, Tham K. A training apartment with electronic aids to daily living: lived experiences of persons with brain damage. *Am J Occup Ther.* 2004;58(3):261-71.
7. Katz N, Itzkovich M, Averbuch S, Elazar B, Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) battery for brain-injured patients: reliability and validity. *Am J Occup Ther.* 1989;43(3):184-92.
8. Segal R. Family routines and rituals: a context for occupational therapy interventions. *Am J Occup Ther.* 2004;58(5):499-508.
9. Rogers JC, Holm MB. Avaliação das áreas de desempenho ocupacional. In: Neistadt M, Crepeau EB. Willard & Spackman: terapia ocupacional. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.167-201.
10. Baldo MVC, Haddad H. Ilusões: o olho mágico da percepção. *Rev Bras. Psiquiatr.* 2003; 25 (2 Suppl):6S-11S.
11. Luria AR. Atenção. In: Luria AR. Fundamentos de neuropsicologia. São Paulo: EDUSP; 1981. p.222-43.
12. Grieve J. Neuropsicología para terapeutas ocupacionales: evaluación de la percepción y cognición. 2 ed. Madri: Médica Panamericana; 2000.
13. Luria AR. Percepção. In: Luria AR. Fundamentos de neuropsicologia. São Paulo: EDUSP; 1981. p.199-212.
14. Landry J, Spaulding S. Assessment and intervention with clients with apraxia: contributions from the literature. *Can J Occup Ther.* 1999;66(1):52-61.
15. Liu CJ, McDowd J, Lin KC. Visuospatial inattention and daily life performance in people with Alzheimer's disease. *Am J Occup Ther.* 2004;58(2):202-10.