

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB

TERAPIA OCUPACIONAL

MONIQUE GOMES DIAS

**DIFERENÇAS ENTRE A ABORDAGEM DE AVALIAÇÃO CENTRADAS NA
PERCEPÇÃO DO CLIENTE OU DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Brasília

2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
TERAPIA OCUPACIONAL

MONIQUE GOMES DIAS

**DIFERENÇAS ENTRE A ABORDAGEM DE AVALIAÇÃO CENTRADAS NA
PERCEPÇÃO DO CLIENTE OU DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade de Brasília como exigência final para obtenção do título de Terapeuta Ocupacional.

Orientadora:

Prof^a. Doutora Kátia Vanessa Pinto de Meneses

Co-Orientador:

Prof^o. Doutor Emerson Fachin Martins

Brasília

2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB
TERAPIA OCUPACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade de Brasília como exigência final para obtenção do título de Terapeuta Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Emerson Fachin Martins

Professora Doutora Clarissa Cardoso dos Santos Couto Paz

Professor Mestre Pedro Henrique Tavares Queiroz de Almeida

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e às forças divinas pela vida, pela força e por ter me tornado uma pessoa forte e determinada.

Agradeço a minha mãe pela oportunidade de estudar, por ter confiado que eu seria capaz e principalmente por estar ao meu lado nos piores momentos da minha vida. Foi espelhada em você que busquei minha independência.

Aos meus eternos amigos Juciara e Renato, por terem acreditado, contribuído e participado para que eu jamais desistisse dos meus sonhos. A minha comadre e melhor amiga, esta vitória é nossa.

As minhas amigas da UnB, Cínthia e Thamires, obrigada por toda paciência e companheirismo.

À terapeuta ocupacional Deidmaia, por todo trabalho e apoio. Você é uma profissional que traz orgulho a nossa profissão.

A minha orientadora Kátia pela colaboração no trabalho.

Ao meu co-orientador Emerson Fachin, pelo entusiasmo, por toda ajuda, trabalho e dedicação.

E agradeço a todas as pessoas que acreditaram e participaram deste momento de evolução e crescimento acadêmico e pessoal.

O terapeuta ocupacional não busca a reabilitação física ou mental, busca a reabilitação da vida.

RESUMO

A Terapia Ocupacional na reabilitação de indivíduos após acidente vascular encefálico (AVE) visa melhorar a independência nas tarefas da vida diária e a qualidade de vida dos pacientes. Para isso, instrumentos de avaliação são criados para contribuir na tomada de decisão. Muitos destes instrumentos utilizam abordagens centradas no cliente, no Terapeuta Ocupacional ou em ambos, porém sem estudos que demonstrem se existem diferenças quanto ao tipo de abordagem. Assim, este trabalho de conclusão de curso teve por objetivo geral comparar as abordagens de avaliação quando centradas na autoavaliação do cliente ou na percepção do Terapeuta Ocupacional, investigando a concordância entre o preenchimento do mesmo instrumento de avaliação do desempenho ocupacional e analisando as correlações entre as variáveis obtidas nesta avaliação. Para esta análise foi utilizada a MCDO, a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, que é uma avaliação individualizada na forma de entrevista semi-estruturada delineada a mensurar a autopercepção do cliente na performance ocupacional, embasada em uma prática baseada no cliente. Esta avaliação foi aplicada ao cliente e ao terapeuta ocupacional para análise das divergências de prioridades no tratamento e quantificação do desempenho e satisfação. Os resultados apontaram divergências significativas entre as prioridades das ocupações e as pontuações de satisfação. O teste de Kappa demonstrou uma fraca concordância de 0,22, o que representa 22%. Em relação à comparação da média e soma das notas de desempenho e satisfação, o terapeuta ocupacional supraestimou a satisfação do paciente. Podendo ser evidenciada divergências significativas entre as prioridades e satisfação dos pacientes e do terapeuta ocupacional.

Palavras-chaves: Acidente Vascular Encefálico, Qualidade de vida, Terapia baseada no cliente, Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The Occupational Therapy during the rehabilitation of people after stroke aims to improve their daily life and quality life. For that, evaluation instruments are created to help in the decision process. Most of these instruments use client-centered, Occupational Therapist-centred or both approaches, although none study has demonstrated if there are differences in the type of approach. Hereby, this work had the general objective to compare the self-evaluation or evaluation centred on the Occupational Therapist perception, investigating the relationship between the instrument and the variables obtained during a procedure. For this analysis, it was used the MCDO, the Canadian Measurement Occupational Performance, a individual evaluation in the form of a semi-structured interview created to measure the clients self-perception on the occupational performance, based on the client. This measurement was applied for the client and the occupational therapist for analysis on the priorities divergences on the treatment and on the quantification of the performance and satisfaction. The results showed significant differences between the priorities of occupations and satisfaction scores. The Test of Kappa demonstrated a low concordance of 0.22 which represents 22%. Regarding the comparison of average and sum of the scores of performance and satisfaction, the occupational therapists overestimated the patient satisfaction. It can be demonstrated significant divergence between priorities and patient satisfaction and Occupational Therapist.

Keywords: Stroke, Quality of life, Therapy based on the client, Occupational Therapy

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA- Teste de Análise de Variância

AOTA- American Occupational Therapy Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD`s- Atividades de Vida Diária

AVE- Acidente Vascular Encefálico

AVP- Atividades de Vida Prática

COPM- Canadian Occupational Performance Measure

MCDO- Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

OMS- Organização Mundial de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

UMT- Unidade Mista de Taguatinga

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

- 1.1 Acidente Vascular Encefálico – AVE.....10
- 1.2 A Terapia Ocupacional após AVE.....13
- 1.3 Prática Centrada/Baseada no Cliente.....16
- 1.4 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional –MCDO/COPM.....19

2. OBJETIVOS.....23

- 2.1 Geral
- 2.2 Específicos

3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....24

4. RESULTADOS.....27

5.DISCUSSÃO.....35

6.CONCLUSÃO.....40

7. REFERÊNCIAS.....41

8.APÊNDICES.....47

- 7.1 Resultados dos pacientes e terapeuta ocupacional, por meio da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.
- 7.2 Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- 7.3 Avaliação da Terapeuta Ocupacional

9.ANEXOS.....53

- 8.1 Medida Canadense de Desempenho Ocupacional- MCDO/COPM
- 8.2 Autorizações do Comitê de Ética e Pesquisa

INTRODUÇÃO:

1.1. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - AVE

A incidência de disfunções e sequelas neurológicas em adultos vêm aumentando com o passar dos anos. Dentre estas disfunções neurológicas destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE). Segundo FARIA (2007), o AVE é um déficit neurológico caracterizado pela interrupção brusca do fluxo sanguíneo em uma área específica do cérebro, causando uma lesão cerebral e possíveis danos no âmbito motor, sensorial, cognitivo, da linguagem e da percepção visual.

O Acidente Vascular Encefálico é descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS 1980 apud EDMANS ,2004) “como o aparecimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral que se mantêm durante mais de 24 horas ou que levam à morte, sem nenhuma outra causa aparente senão a origem vascular”. (p. 1)

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) o AVE é o segundo maior causador de mortes e incapacidades adquiridas, representando 9% das mortes em todo mundo, sendo o causador número um as doenças cardíacas isquêmicas. Segundo CAVALCANTE et al. (2011) e COSTA et al. (2011) o AVE é o principal causador de mortes na população brasileira, na faixa etária a partir dos 40 anos, e a principal causa de incapacidades neurológicas, disfunções motoras e cognitivas. As disfunções cognitivas comprometem entre 12% a 56% dos sobreviventes de um AVE, conforme os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) e as estatísticas indicam que o AVE é responsável por 10% dos óbitos da população brasileira, sendo o diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), refere que as taxas de letalidade variam de 10 a 55% dos casos. A mortalidade nos 30 primeiros dias chega a 10%, e atinge 40% dos pacientes no primeiro ano pós-AVE. Grande parte dos sobreviventes necessitaram de reabilitação para as sequelas neurológicas decorrentes, sendo que aproximadamente 70% não retornaram ao seu trabalho e 30% necessitaram de auxílio para caminhar.

“A incidência de AVC é cerca de 19% mais alta em homens que em mulheres”(GILLEN, 2005, p.676), e “aumenta à medida que o ser humano envelhece, podendo ocorrer em várias fases da vida, sendo a incidência maior em pessoas com mais de 65 anos” (DELBONI et al. 2010 p.170). Para DELBONI et al. (2010), o aumento da expectativa de vida, está ocorrendo em virtude dos aprimoramentos científicos e trouxe consigo uma mudança no perfil da morbidade de doenças como o AVE, causando sequelas que influenciam diretamente na qualidade de vida de seus sobreviventes. De acordo com VOOS (2007), o acidente vascular encefálico é uma doença altamente incapacitante e muito estudada. As sequelas decorrentes do AVE podem levar a um quadro crônico, sendo o indivíduo acometido em sua condição de vida, definitivamente ou temporariamente.

Segundo CAVALCANTE et al. (2011), COSTA et al. (2011) e COSTA (2009) o AVE quando não leva ao óbito, pode causar incapacidades significativas sobre o nível de independência funcional, em decorrência dos déficits sensoriais-motores. As sequelas e déficits neurológicos vão depender da área, extensão da lesão, localização, da quantidade de fluxo sanguíneo e da perfusão inadequada da área lesionada.

De acordo Wall (1982 apud PULASKI, 2002), os déficits após o AVE, podem acarretar: hemiplegia ou hemiparesia (do lado contralateral da área lesionada) déficits de linguagem, tais como as afasias de Broca ou Wernicke, afasia global ou mista podendo ocorrer déficits de compreensão da linguagem pragmática ou não-verbal ou expressão escrita; os déficits dos componentes visuais podem englobar cortes no campo visual, desatenção ao campo visual, hemianopsia, problemas na varredura ou dificuldade com a percepção de profundidade e percepção da figura-solo; podem ocorrer alterações comportamentais ou da personalidade, assim como alterações no campo sentimental, comprometimento sensorial, distúrbios cognitivos, comprometimentos motores.

“Os déficits de componente de desempenho sensorial podem incluir os comprometimentos táteis, de dor e temperatura, da propriocepção e da cinestesia. Os distúrbios de componente cognitivo podem incluir déficits na atenção, organização, sequenciamento, concentração, resolução de problemas, julgamento e segurança. Muitos comprometimentos de

componentes podem envolver alterações no tônus, ruptura do movimento ativo e apraxia.” (PULASKI, 2002,p. 622)

Segundo CECATTO (2010) estes déficits podem levar a incapacidades na realização de etapas ou na totalidade das atividades de vida diária, atividades de vida instrumental ou atividades de lazer, interferindo negativamente na funcionalidade.

Conforme OLIVEIRA (2007) o diagnóstico mais frequente, decorrente do AVE, que recebe o atendimento dos terapeutas ocupacionais é a hemiplegia ou hemiparesia. Segundo GILLEN (2005, p.682) “a avaliação de um sobrevivente de AVC é um processo complicado, que requer a avaliação dos múltiplos componentes e áreas de desempenho que tenham sido afetadas pelo AVC.”

“O AVE já se tornou uma das principais causas de aposentadoria por invalidez. A pessoa acidentada, quando não vai a óbito, sofre a ruptura em suas relações, mudando radicalmente seu estilo de vida” (DELBONI, et al. 2010 p.166).

1.2. A TERAPIA OCUPACIONAL APÓS AVE

De acordo com WOODSON (2008) a equipe de reabilitação de pacientes acometidos por um AVE deve ser multiprofissional, devendo ser composta pelo clínico geral, médico neurologista, fisiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, paciente e seus familiares. “Os membros da equipe variam conforme as necessidades do paciente e recursos disponíveis. A comunicação frequente na forma de documentação clara, reuniões de equipe, é vital para uma equipe de trabalho eficaz e eficiente” (WOODSON. 2008.p. 821).

Segundo CECATTO (2010) é importante uma equipe interdisciplinar, para que o tratamento seja desenvolvido nas áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares ao mesmo tempo.

Segundo GOLLEGÃ et al. (2001) o trabalho de reabilitação física deve independe da doença ou afecção, o terapeuta ocupacional busca habilitar ou reabilitar os clientes que apresentam qualquer forma de limitação ou deficiência no desempenho, que dificulte ou impossibilite a realização de suas atividades do dia-a-dia.

Segundo SOARES (2007) e GOLLEGÃ et al. (2001) a Terapia Ocupacional como profissão surgiu oficialmente nos Estados Unidos, no final da primeira Guerra Mundial com o intuito de minimizar os efeitos decorrentes da guerra. A terapia ocupacional tem como objetivo principal trazer autonomia e independência aos seus pacientes.

REZENDE (2008) relata que o terapeuta ocupacional baseado no novo conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), não deve ter a atenção voltada para doença e sim para a função, observando as sequelas causadas pela doença e suas limitações na função e estrutura do corpo, objetivando a melhor forma de exercer um bom desempenho ocupacional. Segundo a American Occupational Therapy Association – AOTA o terapeuta ocupacional tem por objetivo facilitar “o engajamento em ocupações para dar suporte à participação do indivíduo no contexto ou em contextos (AOTA, 2002)” p.25. As atividades de vida diária, as atividades de vida prática, de educação, do trabalho, do brincar e de lazer, são

definidas, pela AOTA, como as áreas de abrangência da Terapia Ocupacional, buscando proporcionar uma participação funcional e social mais saudáveis.

Segundo PEDRETTI e EARLY (2005) o Terapeuta ocupacional busca “ajudar os clientes a aprenderem, ou reaprenderem, tarefas essenciais de desempenho ocupacional” (p.49).

Conforme CECATTO (2010) e WOODSON (2008), o terapeuta ocupacional na reabilitação de pacientes após o acidente vascular encefálico, tem como objetivo principal possibilitar uma recuperação precoce e a reabilitação para melhora da independência nas atividades vida diária, possibilitando uma qualidade de vida independente e funcional. As intervenções recomendadas aos pacientes com déficits funcionais persistentes vão depender da região afetada, podendo ocorrer o treino através de métodos compensatórios do membro afetado, quando possível, ou se necessário, a troca de dominância para a realização das atividades diárias. Autores como NAKAYAMA et al. (1994 apud WOODSON, 2008) cita ser mais gratificante ao paciente, o treino das atividades de vida diária através de técnicas compensatórias, em virtude dos rápidos resultados. Outros como BOBATH 1990, CARR & SHEPHERD 1987 e TAUB et al. 1993 (apud WOODSON, 2008) afirmam que o treino deve ocorrer com a utilização bimanual, pois o treino unilateral pode levar a dificuldades posteriores, na realização da movimentação bilateral. As intervenções de terapia ocupacional podem englobar estratégias compensatórias ou corretivas de tratamento, buscando reduzir incapacidades e deficiências apresentadas pelo paciente, desde ocupações rotineiras, tais como atividades de vestuário.

EDMANS et al. (2004) relata que o tratamento do terapeuta ocupacional deve ser guiado pelo grau de incapacidade e dependência que o indivíduo apresenta na realização das atividades de vida diária, produtiva e de lazer, e não pelo grau de deficiência apresentado após o AVE. Segundo o autor é necessário ao terapeuta ocupacional conhecer os ambientes frequentados pelo paciente, incluindo avaliar o ambiente domiciliar e do trabalho, para a realização do plano terapêutico e das intervenções para a reabilitação.

Na reabilitação dos pacientes acometidos pelo AVE , pode-se utilizar variadas condutas ou abordagens terapêuticas, a depender do paciente e da escolha do terapeuta ocupacional, sendo definidas por EDMANS et al. (2004), como “um

conjunto de ideias e atos que fornecem ao terapeuta um determinado foco, resultando na escolha de certos exames específicos e de métodos de tratamento, assim como na maneira de se relacionar com o paciente” (p.16.)

1.3. PRÁTICA CENTRADA/BASEADA NO CLIENTE

Para um tratamento ideal, segundo PEDRETTI (2005), NEISTADT e HENRY (2002) o Terapeuta Ocupacional precisa seguir um “plano de tratamento”, que é pré-elaborado no primeiro encontro visando o planejamento do tratamento e este necessita ser reavaliado periodicamente no decorrer do tratamento. O plano de tratamento ocorre através da avaliação do paciente por meio da coleta de dados para a identificação e formulação do raciocínio clínico e deve ser construído baseado na avaliação individual e principalmente nas prioridades de cada paciente, ou seja, em uma Abordagem Centrada no Cliente. Estas avaliações devem ocorrer no início do tratamento, periodicamente, e ao final do tratamento, para análise e documentação dos principais problemas e das evoluções no decorrer do tratamento.

De acordo com EDMANS et al. (2004), existem diversos tipos de abordagens, com embasamentos diferentes, dentre elas, pode-se destacar:

“A abordagem biomecânica baseia-se na cinesiologia, que compreende a fisiologia neuromuscular, a anatomia da musculatura voluntária e a biomecânica; A abordagem analítica baseia-se na teoria psicanalista e nas relações entre os objetos. A abordagem centrada no paciente incentiva o indivíduo a dirigir pessoalmente sua terapia, dentro do possível, e a aceitar responsabilidades pessoais e tomar decisões. Trata-se de uma visão holística do indivíduo, baseada em suas experiências pessoais e na abertura diante dos próprios sentimentos.” (p.16-17)

Dentre as abordagens citadas, a abordagem centrada no cliente leva em consideração as opiniões e desejos dos pacientes como prioridade. As outras abordagens de tratamento estão focadas em técnicas de tratamento, nas quais a tomada de decisões é realizada, sem a participação majoritária do cliente. Na abordagem centrada no cliente os objetivos são listados de acordo com as prioridades e necessidades individuais de cada paciente.

Levando em consideração estes aspectos que envolvem as diferentes abordagens e os déficits envolvidos após um Acidente Vascular Encefálico, que podem ser quadros de dependências temporárias, ou crônicas, é importante analisar a melhor forma de tratamento oferecida pelos terapeutas ocupacionais no tratamento de cada paciente.

De acordo com SUMSION (2003) a Prática Centrada no Cliente surgiu como uma abordagem que pode ser aplicada para a intervenção no tratamento de pacientes de todas as áreas da terapia ocupacional e de outras profissões. A abordagem baseada no cliente intitula o paciente como elemento principal da intervenção.

A prática baseada no cliente é uma abordagem que adota uma terapia de respeito ao paciente e é realizada como um trabalho de parceria entre terapeuta-cliente no qual o serviço é acessível às necessidades de cada paciente e este é o ator principal de seu tratamento. “A prática centrada no paciente reconhece a autonomia dos indivíduos, a necessidade da escolha do paciente na tomada de decisões sobre as necessidades ocupacionais e os pontos fortes que o paciente traz para o encontro terapêutico”. (GILLEN, 2005. p.682).

Segundo SUMSION (2003), a sociedade dos terapeutas ocupacionais do Reino Unido (*College of Occupational Therapists*), incentiva a abordagem da prática baseada no cliente, intervindo conforme o Código de Ética e a Conduta Profissional (*Code of Ethics and Professional Conduct*). Reforçando aos terapeutas ocupacionais “que cada cliente é único e traz uma perspectiva individual ao processo” (p.2) terapêutico. Alguns documentos apoiam os princípios da prática baseada no cliente, tais como, a Carta de Direitos do Paciente (*Patient’s Charter*), publicada em 1995, pelo Departamento de Saúde. Nestas referências não são utilizados os termos específicos semelhantes a “baseado no cliente”, todavia elas abordam alguns dos princípios fundamentais para o paciente, como “o direito de fazer escolhas, possuir todas as informações necessárias antes da tomada de decisão e acesso a serviços fundamentais” (p.3).

Conforme Law, citado por OLIVEIRA (2007), a implantação da prática centrada no cliente é orientada a ser realizada por todos os profissionais da área da saúde. Isso tomando como base quatro princípios: levar em consideração os valores culturais do cliente; a relação terapêutica interativa; promover o “empoderamento” dos papéis ativos, por parte do cliente na atuação de seus problemas; e a sinceridade na relação clínica.

Apesar dos importantes aspectos abordados, de acordo com Emmanuel e Emmanuel (1992 apud SUMSION 2003), a prática baseada no cliente não é um

conceito apoiado por todos os profissionais da área da saúde. Há desafios consideráveis sobre os valores fundamentais formulados por cada profissional sobre esta abordagem.

Segundo SUMSION (2003), a prática baseada no cliente é embasada nos desejos e necessidades de cada indivíduo. Para TROMBLY (1997 apud CLARK, 2002) refere que “As pessoas veem a ocupação quando elas são significativas dentro do contexto de suas vidas. Só ocupações significativas permanecem no repertório de uma pessoa ao longo da vida” (p.15)

Sobre a abordagem e a avaliação, sua utilização dependera do tipo de problema e limitação identificada pelo terapeuta ocupacional em cada paciente. Sendo a implantação da prática centrada no cliente mais complexa do que as outras abordagens que não visam às prioridades do paciente. O trabalho em conjunto do terapeuta e cliente tem a finalidade de adotar decisões baseadas nas informações e escolhas do cliente, facilitando o alcance dos objetivos determinados e priorizados por ele.

Dentre as avaliações padronizadas a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Occupational Performance Measure-COPM) é uma das mais utilizadas para se alcançar uma Prática Baseada no Cliente e foi a utilizada neste estudo.

1.4. MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL-MCDO/COPM

Segundo POLLOCK et al. (2003) a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO) é baseada nas diretrizes da Terapia Ocupacional para a Prática Centrada no Cliente sendo uma avaliação de medida que obtêm resultados individualizados, sendo desenvolvida e indicada a terapeutas ocupacionais que buscam empregar uma prática baseada no cliente.

De acordo LAW et al. (2009) a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO) é uma medida derivada da Canadian Occupational Performance Measure (COPM) criada no Canadá para a prática centrada no cliente, sua primeira publicação ocorreu em 1990, a medida é usada em mais de 35 países e já foi traduzida para 24 idiomas inclusive para o português. A versão em português foi realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG em 2009.

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional é uma medida individualizada, em formato de entrevista semi-estruturada, sendo um recurso simples, de fácil utilização, de boa confiabilidade, validade, capaz de quantificar os ganhos do desempenho ocupacional e planejar as futuras metas, segundo LAW et al. (2009). Que não possui ocupações prefixadas no instrumento, o que possibilita avaliar o paciente conforme sua própria perspectiva, sobre seu desempenho e suas principais relevâncias nas atividades de autocuidado, produtividade e lazer.

Através da MCDO pode-se mensurar e detectar mudanças da autopercepção do cliente atuais e ao longo do tempo, sobre seu desempenho e satisfação na performance ocupacional, podendo ser utilizada para determinar se haverá a necessidade dos serviços do terapeuta ocupacional, podendo ser utilizada como uma avaliação inicial, utilizada para ajudar a estabelecer o plano terapêutico com os objetivos da terapia e como meio para medir a evolução e os resultados das intervenções realizadas no decorrer do tratamento.

A MCDO “foi criada para medir mudanças na autopercepção do desempenho ocupacional em clientes com vários tipos de incapacidade em todos os estágios de desenvolvimento” (LAW et al. 2009 p. 16).

Segundo POLLOCK et al. (2003) a MCDO pode ser administrada diretamente ao paciente ou a outras pessoas que participam ativamente do ambiente deste,

podendo ser um familiar ou cuidador, podendo também ser administrada a organizações ou empresas. A MCDO pode ser amplamente empregada, pois não possui especificidade quanto à idade ou diagnóstico.

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional é um instrumento com ênfase nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer, que obtêm as perspectivas do paciente referente aos déficits em sua performance ocupacional através da entrevista semi-estruturada. A MCDO “incorpora o papel do cliente e suas expectativas, considerando o ambiente do indivíduo, desse modo, assegurando que as questões identificadas são relevantes ao cliente”. (POLLOCK et al. 2003 p.187)

De acordo com ISALINE (2011), a MCDO é uma medida de resultado projetada para ajudar os clientes a identificar, priorizar e avaliar questões importantes que são encontradas em seu desempenho ocupacional. Esta medida de resultado individualizado é usada para avaliar o cliente sobre sua autopercepção do Desempenho real e Satisfação com este desempenho ao longo do tempo. A avaliação é realizada em formato de entrevista semi-estruturada em método de pontuação estruturada e tem como objetivo avaliar as mudanças do cliente em sua autopercepção do desempenho ocupacional ao longo do tempo.

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional possui 5 passos de avaliação. O primeiro passo é composto pela identificação das queixas, problemas e preocupações encontradas pelo cliente na realização de suas ocupações cotidianas, referente a três áreas: atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Nesta primeira etapa é citado pelo cliente todas as ocupações, que são difíceis de serem realizadas ou que não estão sendo realizadas de forma satisfatória. No segundo passo todas as ocupações do primeiro passo são pontuadas conforme o grau de importância, numa escala de 1 a 10, sendo 10 a representação de extremamente importante e 1 sem nenhuma importância.

- Importância

O quanto é importante para você ser capaz de fazer esta atividade? (LAW et al,2009,p.27)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem nenhuma importância					Extremamente importante				

No terceiro passo o cliente seleciona os cinco problemas mais relevantes e importantes, usando as informações do segundo passo e estas cinco ocupações são colocadas em ordem de importância. Neste passo podem ser selecionadas até cinco ocupações e estas serão pontuadas conforme seu desempenho e satisfação, e depois é calculada a pontuação total. A nota de Desempenho representa a maneira como o paciente pensa que realiza a atividade naquele momento, podendo ser pontuada de 1 a 10, significando 1 a incapacidade do paciente em realizar tal atividade e 10 significando capacidade de realizar tal atividade e extremamente bem.

- Desempenho

Como você pontuaria a maneira como você realiza esta atividade agora? (LAW et al,2009,p.27)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapaz de fazer					Capaz de fazer extremamente bem				

A nota de Satisfação, representa a satisfação do paciente com a atual maneira que realiza tal atividade, podendo ser pontuada de 1 a 10, significando 1 que o paciente não está nada satisfeito e 10 que está extremamente satisfeito com a maneira em que realiza a atividade.

- Satisfação

O quanto você está satisfeito com a maneira que você realiza esta atividade agora? (LAW et al,2009,p.27)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada satisfeito					Extremamente satisfeito				

A pontuação total é realizada pela soma das pontuações de Desempenho, e de Satisfação, de todos os problemas selecionados no terceiro passo, dividido pelo número de problemas selecionados, podendo ser selecionado de 1 a 5 problemas.

O passo seguinte é uma reavaliação que deve ocorrer após um período de intervenção, a ser julgado pelo terapeuta ocupacional e planejado no início da intervenção. Nessa etapa a pontuação de Desempenho e Satisfação das ocupações selecionadas na terceira etapa serão novamente pontuadas de 1 a 10. E novamente

somado os valores de pontuação e dividido pelo número de problemas selecionados pelo paciente.

No quinto passo são comparados os valores obtidos na avaliação inicial e durante a reavaliação, respectivamente terceiro e quarto passo, com o objetivo de verificar se houve evoluções no quadro do paciente após as intervenções. Esta é uma etapa que pode comprovar o sucesso ou não da abordagem ou intervenções utilizadas.

Segundo LAW et al. (2009), a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional é usada para identificar as dificuldades, limitações e incapacidades encontradas na realização de ocupações do cotidiano avaliando o desempenho ocupacional, quantificando as prioridades de desempenho ocupacional do cliente e medindo as mudanças de percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional ao longo dos atendimentos do terapeuta ocupacional.

Nesta pesquisa realizada para verificação das “Diferenças entre a Abordagem de Avaliação Centradas na Percepção do Cliente ou do Terapeuta Ocupacional” a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, foi utilizada até a terceira etapa.

2. OBJETIVOS:

2.1. Geral

Comparar as abordagens de avaliação quando centradas na autopercepção do cliente ou na percepção do Terapeuta Ocupacional, investigando a concordância entre o preenchimento do mesmo instrumento de medida do desempenho ocupacional e analisando as associações entre as variáveis obtidas nesta análise.

2.2 Específicos

2.2. Analisar a autopercepção do cliente quanto ao seu desempenho e satisfação avaliados pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.

2.3. Analisar a percepção do Terapeuta Ocupacional quanto ao desempenho e satisfação dos clientes avaliados pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.

2.4. Verificar o comportamento das variáveis obtidas pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional tanto na autoavaliação quanto na avaliação do Terapeuta Ocupacional.

3. METODOLOGIA

Tipo de estudo: A pesquisa foi do tipo exploratória. O estudo foi de campo do tipo transversal, em uma amostra não probabilística e intencional (amostragem por conveniência).

População: Pacientes pós-AVE, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, sem restrição quanto à classe social, atendidos no serviço de reabilitação em Terapia Ocupacional da Unidade Mista de Taguatinga - UMT, no Distrito Federal.

A amostra foi composta por todos os pacientes pós-AVE, que estavam em atendimento da terapia ocupacional na UMT no período de Março a Junho de 2012. Por se tratar de delineamento de estudo transversal, os pacientes foram avaliados e todas as medidas feitas em um único momento.

Crítérios de inclusão: Maiores de 18 anos, em atendimento da terapia ocupacional, na UMT, no período da coleta de dados.

Crítérios de exclusão: Pacientes que apresentaram algum déficit de comunicação que impedisse o preenchimento da avaliação, e que não possuísse nenhum intérprete que o acompanhasse de perto.

Local de coleta dos dados:

A pesquisa foi realizada na Unidade Mista de Taguatinga (UMT), localizada na C12 - Área Especial 1 em Taguatinga, Distrito Federal.

Instrumento de medida: Para verificar a existência de concordância entre os resultados foi utilizado o instrumento de avaliação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – MCDO, que é uma medida individualizada de autopercepção do cliente sobre os problemas encontrados no seu desempenho ocupacional diário. Segundo ZANNI et al. (2009) Medida Canadense de Desempenho Ocupacional visa mensurar por meio da entrevista semi-estruturada a

percepção do paciente em relação às áreas de desempenho ocupacional (Atividades de vida diária – AVDs, Atividades de vida prática – AVP e atividades de lazer).

Procedimentos:

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional foi aplicada em dois momentos: no primeiro momento aos pacientes selecionados e no segundo momento o terapeuta ocupacional responsável pelo atendimento destes pacientes. Paciente e Terapeuta Ocupacional realizaram a avaliação em momentos diferentes, individualmente e com total privacidade, não havendo o compartilhamento dos dados entre ambos.

No primeiro momento, cada paciente, realizou os três primeiros passos da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO), onde são identificados todas as ocupações que o paciente é incapaz de realizar ou a realiza com limitação, são pontuadas em grau de importância, e selecionadas até 5 ocupações, colocadas em ordem de importância e pontuadas as notas de satisfação e desempenho.

Inicialmente os pacientes identificaram em quais ocupações diárias apresentavam dificuldades ou limitações durante sua realização. Todos os problemas identificados foram pontuados de 1 a 10, conforme sua representação de importância para o paciente, sendo 10 a representação de extremamente importante e 1 sem nenhuma importância. Dessas ocupações, com alguma limitação, até cinco foram consideradas como as mais importantes. Cada uma das cinco ocupações selecionadas, foram pontuadas de 1 a 10 como nota de desempenho e outra nota, também de 1 a 10, para a nota de satisfação em uma autoavaliação do paciente em relação às tarefas selecionadas.

No segundo momento, foi repassado ao Terapeuta Ocupacional, somente os cinco itens listados pelo paciente, como os mais importantes, em ordem alfabética. O terapeuta ocupacional listou as ocupações de acordo com o que acreditava ser a ordem de importância para aquele paciente, e pontuou as ocupações com notas de desempenho e de satisfação para cada queixa selecionada pelo paciente, conforme seu cotidiano, sem o auxílio de qualquer outro método padronizado de avaliação.

Todos os dados foram coletados por meio de entrevista individualizada, aplicada pela pesquisadora, primeiro ao paciente e depois ao Terapeuta Ocupacional.

Análise dos dados:

Todas as variáveis qualitativas foram avaliadas pela distribuição de frequência entre classes. As variáveis quantitativas foram processadas por estatística descritiva para definição de medidas de posição de dispersão, sendo ainda utilizadas para análise do tipo de distribuição apresentada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Este teste verificava se a distribuição das variáveis apresentava um comportamento típico de distribuição Gaussiana (distribuição normal), distribuição esta que determinaria a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos para a estatística inferencial. Como foram obtidas distribuições compatíveis com a distribuição Gaussiana para a maioria das variáveis, foram utilizados testes paramétricos neste estudo.

Para caracterizar a amostra selecionada para o estudo foram utilizados medidas de estatística descritiva univariada (média \pm erro padrão da média) para posteriormente serem feitas as devidas inferências estatísticas.

Por meio do teste de concordância de Kappa entre as medidas obtidas pelo instrumento de avaliação nas diferentes abordagens foi possível observar o nível de concordância entre a autoavaliação e a avaliação feita pelo Terapeuta Ocupacional..

Por meio do teste de análise de variância (ANOVA) com dois fatores, foram analisados tanto a soma como a média das notas atribuídas nas cinco ocupações priorizadas, seguido de pós-teste de Bonferroni para verificar as diferenças significativas obtidas em cada abordagem quer seja para a pontuação do desempenho ou para a pontuação da satisfação.

Aspectos éticos: O projeto foi protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e recebeu sua aprovação no dia 12 de Março de 2012. Os participantes foram esclarecidos e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS:

Neste estudo, foram avaliados 11 pacientes, de ambos os sexos, que estavam recebendo o atendimento da Terapia Ocupacional durante o período da coleta dos dados, Março a Junho de 2012, sendo um paciente excluído por apresentar déficit cognitivo, que interferia em sua comunicação, caracterizando um fator de exclusão previamente determinado para a pesquisa. Dos 10 pacientes que fizeram parte da amostra, 60% eram homens e 40% mulheres.

A idade média dos participantes, foi de 54,7 sendo a idade mínima de 35 anos e a máxima de 66 anos, com moda de 65 anos. Em relação ao lado parético, 80% destes pacientes apresentam hemiplegia esquerda e 20% hemiplegia direita. O tempo médio de cronicidade após Acidente Vascular Encefálico dos participantes entrevistados foi de $15,7 \pm 2,64$ meses, sendo o mais recente há 4 meses e o mais tardio há 32 meses, a moda foi de 14 meses. A caracterização da amostra foi descrita detalhadamente na Tabela 1. Nenhum dos entrevistados exercia atividades remuneradas.

Tabela 1. Descrição da amostra

Paciente	Idade	Sexo	Hemiplegia	*Cronicidade
H1	65	M	Direita	14
H2	43	F	Esquerda	14
H3	64	M	Esquerda	4
H4	65	M	Esquerda	15
H5	53	F	Esquerda	24
H6	35	F	Esquerda	6
H7	38	M	Esquerda	32
H8	44	F	Direito	18
H9	54	M	Esquerda	20
H10	66	M	Esquerda	10

* Cronicidade: Tempo após AVE em meses até o momento da avaliação.

M – masculino e F – feminino. Os sujeitos foram identificados pela sigla Hn, onde n correspondeu ao número atribuído ao cliente na ordem de avaliação.

Durante a avaliação da MCDO, várias ocupações foram selecionadas e identificadas, como atividades do dia-a-dia, realizadas de forma não satisfatória, com

limitações ou não sendo realizadas. Estas ocupações se referiam ao autocuidado, atividades produtivas e de lazer que apresentaram divergentes formas de limitações no Desempenho e Satisfação e que foram sequenciadas conforme as prioridades de cada paciente.

Foram comparadas as respostas do cliente com as respostas do terapeuta ocupacional, como demonstrado abaixo, representando no primeiro quadrante as respostas do cliente e no segundo quadrante as respostas do terapeuta ocupacional:

Cliente - H2			Terapeuta Ocupacional -H2		
Ocupação	Desempenho	Satisfação	Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Passar maquiagem	5	7	1. Arrumar o cabelo	2	2
2. Arrumar o cabelo	3	3	2. Passar maquiagem	8	8
3. Banhar-se	7	5	3. Fazer compras	5	6
4. Fazer compras	6	3	4. Manipular dinheiro	4	5
5. Manipular dinheiro	4	3	5. Banhar-se	8	8
Pontuação total	25 (5)	21 (4,2)	Pontuação total	27 (5,4)	29 (5,8)

Os valores pontuados na pontuação total representam a soma das notas e a média das notas, respectivamente. O representativo da comparação de todos os pacientes, das ocupações, prioridades e notas de satisfação e desempenho, pontuadas pelo cliente e pelo terapeuta ocupacional, obtidas por meio da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, estão disponíveis no apêndice.

Com a aplicação da MCDO foi observado um total de 33 ocupações que receberam queixas em sua realização, ou seja, foram prejudicadas em seu desempenho ocupacional, após o AVE. Das ocupações selecionadas pelos pacientes, que eram realizadas com limitações ou que não eram realizadas, a que apareceu com maior frequência foi a ocupação de dirigir o automóvel ou moto representando 10%. Todas as ocupações estão descritas na tabela abaixo (Tabela 2) com seus valores de frequência e porcentagem.

Tabela 2. Lista das ocupações relatadas pelos pacientes por meio da avaliação - MCDO

Atividades com queixas	Frequência	%
Dirigir carro\Moto	5	10%
Banhar-se	4	8%
Manipular dinheiro	4	8%
Lidar com fechos	3	6%
Usar transporte público	3	6%
Cuidar das unhas	2	4%
Fazer compras	2	4%
Levantar da cadeira	2	4%
Amarrar o cadarço	1	2%
Apanhar roupas do armário	1	2%
Arrumar o cabelo	1	2%
Artesanatos	1	2%
Atividade sexual	1	2%
Barbear-se	1	2%
Calçar sapatos	1	2%
Cortar alimentos	1	2%
Desfazer-se do lixo	1	2%
Dobrar as roupas	1	2%
Entrar e sair do chuveiro	1	2%
Escovar dentes	1	2%
Escrita	1	2%
Lidar com problemas	1	2%
Passar roupa	1	2%
Preparar comida	1	2%
Procurar trabalho	1	2%
Passar maquiagem	1	2%
Tirar a roupa	1	2%
Tomar remédios	1	2%
Trabalhar como mecânico	1	2%
Trabalho artesanal com Moto	1	2%
Usar o vaso sanitário	1	2%
Usar o telefone	1	2%
Vestir-se sozinho	1	2%
Total	50	100%

MCDO: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

Referente à tabela 2, não foi necessária a citação da lista das ocupações selecionadas pelo terapeuta ocupacional, pois o terapeuta ocupacional selecionou a ordem de prioridade, baseada nas ocupações

previamente selecionadas pelo cliente. Representando de tal forma, ocupações idênticas.

Na tabela 3 estão descritos os resultados das ocupações selecionadas pelos pacientes em sua ordem de prioridade de 1 a 5, por meio da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (MCDO).

Tabela 3. Frequência e ordem de prioridades das ocupações com queixas relatadas pelos pacientes – MCDO

Atividades relatadas	Prioridade 1	Prioridade 2	Prioridade 3	Prioridade 4	Prioridade 5
Amarrar o cadarço	1	0	0	0	0
Apanhar roupas do armário	0	0	0	0	1
Arrumar o cabelo	0	1	0	0	0
Artesanatos	0	0	0	0	1
Atividade sexual	1	0	0	0	0
Banhar-se	0	3	1	0	0
Barbear-se	0	0	1	0	0
Calçar sapatos	0	0	0	0	1
Cortar alimentos	0	1	0	0	0
Cuidar das unhas	0	0	1	0	1
Desfazer-se do lixo	0	0	0	1	0
Dirigir carro/Moto	1	3	0	0	1
Dobrar as roupas	0	0	1	0	0
Entrar e sair do chuveiro	0	0	0	1	0
Escovar dentes	0	0	0	1	0
Escrita	0	0	0	1	0
Fazer compras	0	0	0	2	0
Levantar da cadeira	0	0	0	0	2
Lidar com fechos	1	1	1	0	0
Lidar com problemas	0	0	0	0	1
Manipular dinheiro	0	1	2	0	1
Passar roupa	1	0	0	0	0
Preparar comida	0	0	0	0	1
Procurar trabalho	0	0	1	0	0
Passar maquiagem	1	0	0	0	0
Tirar a roupa	1	0	0	0	0
Tomar remédios	0	0	1	0	0
Trabalhar como mecânico	1	0	0	0	0
Trabalho artesanal com Moto	0	0	0	1	0
Usar o vaso sanitário	1	0	0	0	0
Usar o telefone	0	0	0	1	0
Usar transporte público	0	0	1	2	0

MEDO: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

Após análise dos dados de prioridade por ocupações, relatados pelo cliente (Tabela 3) e pelo terapeuta ocupacional (Tabela 4), por meio do teste de concordância de Kappa, observou-se a concordância entre a autoavaliação e a avaliação do Terapeuta Ocupacional com um valor de 0.22 que representa uma concordância de grau fraco. Significando que somente 22% do que o terapeuta ocupacional selecionou como prioridade apresentou concordância com a prioridade apontada na autoavaliação pelo cliente.

No quadro 1, podemos observar quantas concordâncias com relação a ordem de prioridades ocorreram. As células preenchidas em cinza apontam as concordâncias entre a ordem de prioridades apontada pelo cliente (linhas de 1 a 5) e a ordem de prioridades apontada pelo Terapeuta Ocupacional (colunas de 1 a 5). As demais células indicam discordância em diferentes combinações da ordem de prioridades apontada pelo cliente (linhas) e pelo Terapeuta Ocupacional (colunas).

Quadro 1. Frequência de concordâncias e discordâncias entre as ordens de prioridades apontadas pelo cliente e pelo Terapeuta Ocupacional.

		Ordem de Prioridades: Terapeuta Ocupacional				
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Ordem de Prioridades: cliente	<u>1</u>	4	4	1	0	1
	<u>2</u>	2	3	2	3	0
	<u>3</u>	2	1	0	5	2
	<u>4</u>	2	0	3	1	4
	<u>5</u>	0	2	4	1	3

**No quadro 1, as células escuras representam as ocupações que demonstraram concordância, quanto a atribuição da ordem de prioridades do paciente e do Terapeuta Ocupacional.

Com o teste de concordância de Kappa, foi obtido um valor de $0,025 \pm 0,073$ para um intervalo de confiança de $- 0,119$ até $0,169$ que significa uma força de concordância considerada fraca, representada em termos percentuais com cerca de 22% de observações que foram concordantes.

Por meio do teste de ANOVA, com a comparação de dois fatores, soma e média das notas de desempenho e satisfação, para os valores atribuídos na amostra tanto na autoavaliação do cliente quanto na avaliação feita pelo Terapeuta Ocupacional (figura 1) foram analisados pela soma das notas (figura 1A) e pela média das notas (figura 1B) que não apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$) quanto ao tipo de abordagem (centrada no cliente *versus* Terapeuta Ocupacional) para análise do desempenho, porém para a análise da satisfação, tanto pela soma como pela média das notas atribuídas foi observado que o Terapeuta Ocupacional supraestimou a satisfação do cliente, constatada por valores mais altos que os atribuídos pelo cliente.

A soma das notas atribuídas nas ocupações foi formada pela soma das cinco notas atribuídas às cinco ocupações, separadamente em notas de desempenho e satisfação. A média das notas atribuídas nas ocupações foi formada pela soma das notas das cinco ocupações selecionadas, dividido por cinco, separadamente em notas de desempenho e satisfação. Os resultados das notas do cliente e do terapeuta foram calculados separadamente e comparados, alcançando os resultados descritos na Figura 1.

Figura 1. Comparação das notas de Desempenho e Satisfação atribuídas pelo cliente e pelo Terapeuta Ocupacional.

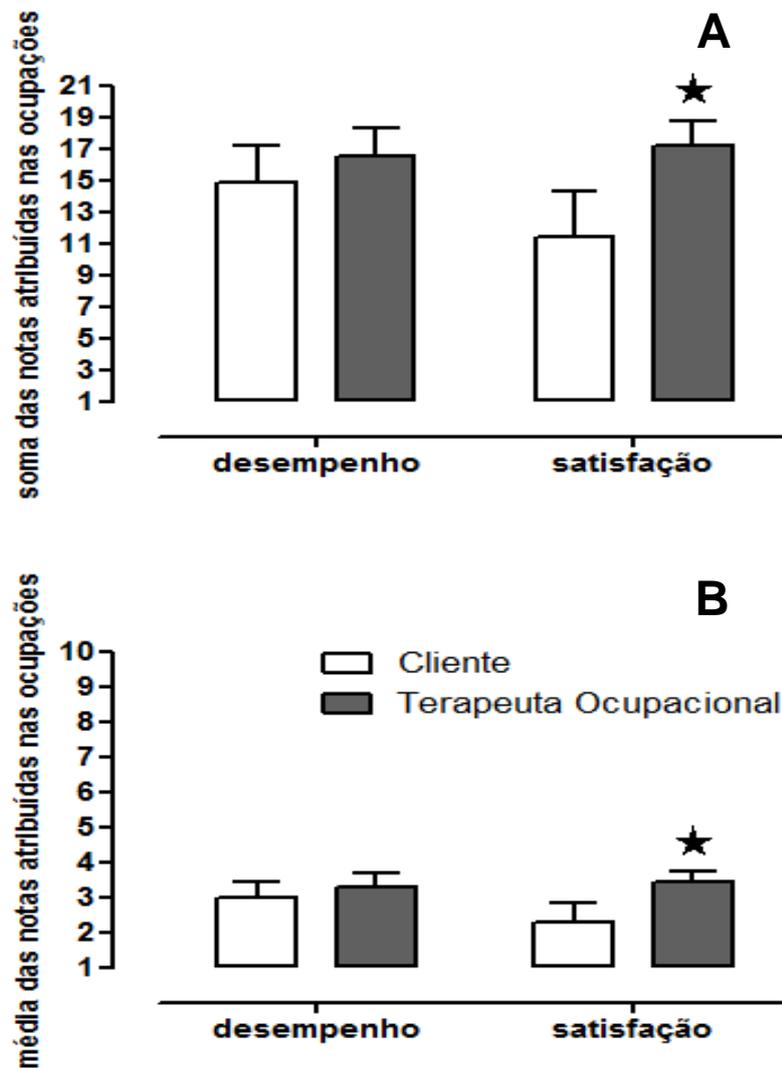


Figura1A- Soma das notas atribuídas nas ocupações. **Figura 1B-** Média das notas atribuídas nas ocupações. ***A estrela** destaca as notas que apresentaram valores representativamente divergentes entre os resultados do cliente e os do terapeuta ocupacional.

5. DISCUSSÃO

A amostra contou com a participação de 60% dos participantes sendo do sexo masculino. O que comprova o relato de GILLEN (2005) que afirma que o índice de AVE é mais alto em homens e o de ROLIM e MARTINS (2012) realizados com pacientes da rede pública que apresentou o predomínio de 51,9% das internações por AVE sendo do sexo masculino. As características de algumas pesquisas como a de MARTINS et al.(2011) e a de BENVEGNU et al.(2008) foram similares às incidências de porcentagens, relacionadas ao sexo masculino deste estudo, apresentando valores de 65% e 61%, respectivamente. E o trabalho de LIMA et al.(2011) e DELBONI et al.(2010) que apresentaram 72% e 53,3% dos pacientes sendo do sexo masculino. Já em estudos como o de NUNES et al.(2012) e COSTA et al.(2011) houve o predomínio de pacientes sendo do sexo feminino com valores de 60% e 55,6%, respectivamente.

O trabalho de MARTINS et al.(2011) equiparou-se, também com os valores da média de idade dos participantes, apresentando 54,2 anos, compatível com a amostra do presente estudo, com média de 54,7 anos. O que não entra em conformidade com grande parte dos estudos encontrados, como o de FERNANDES et al.(2012), COSTA et al.(2011), LIMA et al.(2011), DELBONI et al.(2010), BENVEGNU et al.(2008) e VOOS e RIBEIRO(2007), que apresentaram valores da média de idade cerca de 10 anos acima dos 54,7 anos resultantes deste estudo.

Nos aspectos que envolvem o lado parético, 80% dos pacientes apresentaram hemiplegia esquerda. A amostra como a de FERNANDES et al.(2012), DELBONI et al.(2010) e COSTA et al.(2011), também apresentaram um predomínio de hemiplegia esquerda. Já nas pesquisas de outros autores como SANTOS et al.(2011) e MARTINS et al.(2011) os pacientes apresentaram predomínio de hemiplegia direita.

O tempo médio de cronicidade após Acidente Vascular Encefálico dos participantes entrevistados foi de $15,7 \pm 2,64$ meses, sendo o mais recente há 4 meses e o mais tardio há 32 meses. Na pesquisa de MARTINS et al.(2011), que ocorreu na mesma região administrativa, os participantes apresentaram cronicidade de $28,70 \pm 12,07$ meses, sendo o mais recente há 6 meses e o mais tardio há 252 meses.

Em relação à utilização da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, em pacientes após AVE, foram encontrados 15 trabalhos, grande parte como o de NILSEN et al(2012), POLATAJKO et al (2012), NANN et al (2011), SCHUCK et al (2011), WU et al (2011), HERMANN (2010), PHIPPS (2007) aplicaram a MCDO com o intuito de mensurar a qualidade de vida em seus aspectos de desempenho e satisfação, avaliando os ganhos após intervenções diversas, dentre elas a orientação cognitiva, a estimulação elétrica, a utilização de jogos, combinação de práticas físicas e mental, intervenções do Terapeuta Ocupacional, dentre outros. O artigo de GALVIN et al (2010) apresentou um foco similar a este estudo, em uma amostra divergente em relação a idade, sendo aplicado em crianças, para identificar o que era importante para reabilitação do cliente, comparando os dados de crianças após o AVE e os dados de seus pais, verificando a similaridade nas escolhas das ocupações selecionadas pelos mesmos. E podendo, por meio da MCDO, contribuir para o planejamento das intervenções.

Outros autores como NICKEL et al.(2012), SANDQVIST et al.(2009) e ZANNI et al.(2009), aplicaram a MCDO com o objetivo de mensurar a percepção dos pacientes sobre seu desempenho nas áreas de desempenho ocupacional (Atividades de vida diária – AVDs, Atividades de vida pratica – AVP's e atividades de lazer). Trabalhos como o de NICKEL et al.(2012) e ZANNI et al.(2009) aplicaram a avaliação a outro tipo de população, neste caso pacientes epiléticos.

Com a análise dos dados por meio do teste de concordância de Kappa, com valores de $p < 0,05$, observou-se o grau de concordância de prioridades de ocupações, através da autoavaliação do paciente e da avaliação do Terapeuta Ocupacional com um valor de 0,22 o que representou um grau de concordância fraco. Demonstrando que somente 22% das prioridades e ordem de prioridades tiveram valores equiparados selecionados pelo terapeuta ocupacional e comparados pela autoavaliação do cliente. O que representa que as semelhanças em relação às prioridades das determinadas ocupações foram significativamente baixas quando comparadas ao cliente e o terapeuta ocupacional. Isto evidencia que o tratamento dispendido ao cliente atualmente não condizem com as expectativas prioritárias dos mesmos. Para que isso ocorra, um dos meios de vital importância seria a utilização de um meio padronizado e principalmente a escuta das prioridades de cada paciente

(Prática Baseada no Cliente), para que assim seja possível oferecer um tratamento humanizado e com resultados significativos para o maior interessado, o paciente.

Os resultados divergentes obtidos, pelos clientes e terapeuta ocupacional, podem ter sido influenciados, levando a vieses, em decorrência de diversos fatores, dentre eles, em virtude de ser uma amostra de conveniência, pelo fato do terapeuta ocupacional estar atendendo a muito tempo estes pacientes, a supraestimação da satisfação pode ter sido influenciada pela formação de vínculo, entre profissional-paciente ou pela crença de um ótimo tratamento pelo terapeuta ocupacional, dentre outros fatores.

A cada dia mais pacientes necessitaram do atendimento de reabilitação do terapeuta ocupacional e de outros profissionais da área de saúde e o atendimento despendido a estes pacientes, deverá condizer com suas expectativas e necessidades, pois estes acabam de sofrer impactos em várias áreas de suas vidas, podendo levar a alterações no âmbito físico, mental, social e econômico.

A pesquisa pôde demonstrar a importância de comparar, avaliar e utilizar uma forma de abordagem, sendo utilizado na pesquisa uma avaliação baseada nas considerações, opinião e desejos de cada paciente, ou seja, a realização de uma Abordagem Centrada no Cliente. Conforme PEDRETTI (2005), quando não se segue um plano de tratamento, o profissional está tomando decisões ao acaso, podendo o terapeuta ocupacional estar trabalhando embasado em tentativas e erros causando perda de tempo, trabalho e dinheiro.

Levando em consideração os resultados observados e os déficits envolvidos após um AVE que podem levar a quadros de dependências temporárias, ou crônicas, observa-se que a melhor forma de abordagem a ser oferecida pelos terapeutas ocupacionais no tratamento dos pacientes seria uma Abordagem Centrada no Cliente.

Para SUMSION(2003), a prática centrada no cliente deve ser composta pela colaboração e participação de ambos, terapeuta ocupacional e cliente trabalhando juntos para atingir os objetivos do paciente. A opinião do cliente deve ser respeitada e fazer parte ativa da escolha das intervenções. Os objetivos do paciente devem ser priorizados, e este incentivado a participar ativamente do tratamento.

Nossos resultados mostraram um aspecto interessante, o Terapeuta Ocupacional supraestima as percepções do cliente e elenca prioridades que não são as prioridades do cliente, mostrando claramente a necessidade de um maior envolvimento do cliente na tomada de decisões terapêuticas, porém com a influência do Terapeuta Ocupacional que vislumbra metas mais audaciosas e direcionadas para o tratamento.

É necessária a ampliação da pesquisa, sobretudo o trabalho foi significativo expondo as diversidades de pensamentos do cliente e do terapeuta ocupacional sobre o tratamento e nos fazendo pensar em qual seria o equilíbrio entre a auto-percepção e a percepção do Terapeuta Ocupacional na tomada de decisões.

Para que possa haver similaridades de objetivos no tratamento, uma das alternativas seria a aplicação e padronização do uso da Medida Canadense de desempenho ocupacional (MCDO), desde o início e no decorrer dos atendimentos, para que assim seja realizada uma abordagem centrada no paciente. O mais importante é colocar em prática os dogmas da profissão de terapeuta ocupacional que busca ver o paciente como o principal “Ator” de seu tratamento, sendo necessário que sempre haja momentos para a escuta e o respeito às escolhas de cada paciente antes do início do tratamento.

Todo terapeuta ocupacional recebe durante sua formação acadêmica conhecimentos que podem levar a melhorias na reabilitação dos pacientes após Acidente Vascular Encefálico, todavia um ganho extraordinariamente grande em seu desempenho ocupacional, pode não representar o mais importante para aquele paciente. Um exemplo é o caso da paciente desta pesquisa, denominada H2, que adquiriu marcha independente, mas considerava como o mais importante e relevante conseguir ter independência para se maquiar. Segundo OLIVEIRA (2007), todo indivíduo ou cliente deve ter direito e autonomia sobre seu tratamento podendo aceitar ou recusar as intervenções propostas pelo terapeuta ocupacional. O tratamento deve ser baseado na busca de um equilíbrio entre as necessidades e expectativas do cliente, e as técnicas e objetivos do terapeuta ocupacional.

Durante a aplicação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, alguns pacientes apresentaram dificuldades para interpretar e pontuar o desempenho e satisfação, sendo necessário o auxílio da régua de pontuação e a

repetição do significado. O terapeuta ocupacional entrevistado também apresentou dificuldades durante a realização do teste, em especial durante a pontuação das notas de desempenho e satisfação, principalmente sobre a nota de satisfação, pois não havia conversado com os pacientes sobre suas satisfações sendo este um fator muito particular a cada indivíduo.

As próximas pesquisas poderiam ser realizadas de outra forma, tais como o terapeuta ocupacional escolher dentre todas as ocupações selecionadas, as cinco que julgar como de maior importância a serem trabalhadas, sem pontuá-las. Nesta pesquisa o terapeuta ocupacional deveria colocar em ordem as cinco principais ocupações escolhidas pelo paciente e pontuá-las, todavia como só havia estas cinco opções a pesquisa pode não ter se aproximado da realidade.

6. CONCLUSÃO

Foi possível verificar na pesquisa por meio da comparação dos resultados obtidos por meio da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional–MCDO a autopercepção dos pacientes, após acidente vascular encefálico, e analisando a percepção do terapeuta ocupacional, que houve resultados compatíveis em 0,22 das escolhas das ocupações e ordem de prioridades, por meio do teste de concordância de Kappa, o que representa uma concordância de grau fraco.

Referente aos valores pontuados na soma e média das notas de desempenho e satisfação, somente as notas de satisfação apresentaram divergências significativas. As notas de satisfação indicaram valores significativamente divergentes entre os citados pelo paciente e pelo terapeuta ocupacional, sendo pontuadas pelo terapeuta ocupacional notas acima das pontuadas pelo cliente. O que representou a supraestimação do terapeuta ocupacional em relação a satisfação dos pacientes, e concordância de somente 22% das escolhas de ocupações, quando comparados as escolhas do cliente e do terapeuta ocupacional.

7. REFERÊNCIAS

ARES, M. J. J. Acidente Vascular Cerebral. In: TEIXEIRA, E. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo. Editora Roca, AACD. 2003. p.3-16

BARRET L.; KIELHOFNER G. Teorias Derivadas de Perspectivas do Comportamento Ocupacional. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard e Spackman Terapia Ocupacional**. 9ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2002. p.490-492

BENVEGNI A. B.; GOMES L. A.; SOUZA C.T. de; CUADROS T.B.B.; PAVÃO L.W.; ÁVILA S.N.; **Avaliação da Medida de Independência Funcional de Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE)**. Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre. v.1, n.2. 2008. p.71-77

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada Departamento de Atenção Especializada, **Implantando a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral – AVC na Rede de Atenção às Urgências**, 2011 Disponível em: [[Http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Arquivos/Pdf/Consulta_Publica_Avc.Pdf](http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Arquivos/Pdf/Consulta_Publica_Avc.Pdf)] Acessado em: 12 Nov. 2011

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNESNet, **DATASUS**. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=5301800010588] Acessado em: 12 nov. 2011

CAVALCANTE T. F.; MOREIRA R. P.; GUEDES N.G.; ARAUJO T.L. de; LOPES M.V. de O.; DAMASCENO M.M.C.; LIMA F.E.T. **Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura**. Rev. esc. enferm. USP. vol.45 no.6 .São Paulo. 2011. p.1495-1500

CECATTO R. B.; ALMEIDA C. I. **O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico**. Serviço de Reabilitação do Hospital Israelita Brasileiro Albert Einstein. São Paulo. 2010. p.37-43.

CLARK F.; WOOD W.; LARSON E.A.; **Ciência Ocupacional: Legado da Terapia Ocupacional para o Século XXI.** In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard e Spackman Terapia Ocupacional.** 9ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2002. p.10-17

COSTA F. A. da; SILVA D. L. A. da; ROCHA V. M. da. **Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral.** Rev. esc. enferm. USP. vol.45, no.5. São Paulo. 2011.p.1083-1088

COSTA F. A.;**Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN).** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009

DE CARLO, M. M; BARTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física** In:____. **Terapia Ocupacional no Brasil, Fundamentos e perspectivas.** Editora Plexus, São Paulo, 2001. p. 137-154.

DELBONI M.C.C; MALENGO P.C.M; SCHMIDT E.P.R; **Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com seqüelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE).** Faculdade de saúde publica da Universidade de São Paulo. 2010. p.165-175.

EDMANS J.; CHAMPION A.; HILL L.; RIDLEY M.; SKELLY F.; JACHSON T.; NEALE M.; **Terapia Ocupacional e Derrame Cerebral.** São Paulo. Ed. Santos, 2004. Cap. 1,p.1-12.

FARIA, I. **Disfunções Neurológicas.** In: GALVÃO, C. R. C.; SOUZA, A. C. A. (Org.). **Terapia ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara koogan, 2007, p. 187-191.

FERNANDES M.B.; CABRAL D.L.; SOUZA R.J.P.; SEKITANI H.Y.; SALMELA L.F.T.; LAURENTINO G.E.C.; **Independência Funcional de Indivíduos Hemiparéticos Crônicos e sua Relação com a Fisioterapia.** Fisioterapia em movimento. Vol. 25, no.2 Curitiba. 2012. p.333-341

GALVIN J.; RANDALL M.; HEWISH S.; RICE J.; MACKAY M.T.; **Family-centred outcome measurement following paediatric stroke**. Aust Occup Ther J. 2010, p.152-158.

GILLEN; G.; Acidente Vascular Cerebral. In: PEDRETTI; L. W.; EARLY; M. B.; **Terapia Ocupacional, Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas**. 5ª Ed. São Paulo. Editora ROCA, 2005. p. 675 –703.

GOLLEGÃ A.C.C.; LUZO M.C.M.; DE CARLO M.M.R.P.; Terapia Ocupacional – princípios, recursos e perspectivas em reabilitação física. In: De CARLO M.M.R.P.; BARTALOTTI C.C.; **Terapia Ocupacional no Brasil**. 3ª Ed. São Paulo. Editora Plexus. 2001.p. 137-154.

HERMANN V.H.; HERZOG M.; JORDAN R.; HOFHERR M.; LEVINE P.; PAGE S.J.; **Telerehabilitation and electrical stimulation: an occupation-based, client-centered stroke intervention**. Am J Occup Ther. 2010, p.73-81

ISALINE C. J. M. **Responsiveness of the Canadian Occupational Performance Measure**, Vol. 48 Number 5;United States, Department of Veterans Affairs, Journal of Rehabilitation Research and Development, 2011.

KIELHOFNER, G. e BARRET, L. Teorias Derivadas de Perspectivas do Comportamento Ocupacional. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard e Spackman Terapia Ocupacional**. 9ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2002. p.487-497

LIMA W.A.; CAMPELO A.R.L.; GOMES R.L.M.; BRANDÃO D.C.; **Repercussão da Pressão positiva expiratória final na pressão de Perfusão Cerebral em Pacientes Adultos com Acidente Vascular Hemorrágico**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol.23. São Paulo. 2011. p.

LAW, M; BAPTISTE, S; CARSWELL A; MCCOLL A. M; POLATAJKO H; POLLOCK N; **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional**. Editora UFMG, 2009. p.9-63

MANN G.; TAYLOR P.; LANE R.; **Accelerometer-triggered electrical stimulation for reach and grasp in chronic stroke patients: a pilot study.** Neurorehabil Neural Repair. 2011, p.774-780.

MARTINS E.F.; BARBOSA P.H.F DE A; MENEZES L.T. DE; SOUSA P.H.C. DE,; COSTA A. S.; **Comparação entre medidas de descarga, simetria e transferência de peso em indivíduos com e sem hemiparesia.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.18, n.3, 2011. p. 228-234

NEISTADT, M. E. e HENRY, A. D. Introdução à Avaliação e Entrevista. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard e Spackman Terapia Ocupacional.** 9ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2002. p.137-152

NICKEL, R.; SILVADO C.E.; GERMINIANI F.M.B.; PAOLA L. de; SILVEIRA N.L. da; SOUZA J.R.B. de; ROBERT C.; LIMA A.P.; PINTO L.M.; **Quality of life issues and occupational performance of persons with epilepsy.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Vol.70, no.2. São Paulo. 2012. p.140-144

NILSEN D.M; GILLEN G.; DIRUSSO T.; GORDON A.M.; **Effect of imagery perspective on occupational performance after stroke: a randomized controlled trial.** Am J Occup Ther. 2012, p. 320-329.

NUNES M.C. de A.; JURKIEWICZ A.L.; SANTOS R.S.; FURKIM A.M.; MASSI G.; PINTO G.S.; LANGE M.C.; **Correlação entre a Lesão Encefálica e a Disfagia em Pacientes Adultos com Acidente Vascular Encefálico.** International Archives of Othorinolaryngology. Vol.16. São Paulo, 2012

OLIVEIRA, I N. D´Aquino. Terapia Ocupacional Centrada no Cliente: **Uma estratégia para a Reabilitação do idoso com Hemiparesia.** Revista Brasileira em Promoção a Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007. p. 189-192.

PEDRETTI L.W.; EARLY M.B.; Plano de Tratamento. In_____ **Terapia Ocupacional. Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas.** 5º Edição. Editora. ROCA. São Paulo, 2005. p.49-62

PHIPPS S, RICHARDSON P.; **Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure**. Am J Occup Ther. 2007, p.328-34

POLATAJKO H.J.; MCEWEN S.E.; RYAN J.D.; BAUM C.M.; **Pilot randomized controlled trial investigating cognitive strategy use to improve goal performance after stroke**. Am J Occup Ther. 2012, p.104-109.

POLLOCK, N.; MCCOLL, M.A.; CARSWELL A. Medida de Performance Ocupacional Canadense. In: SUMSION, THELMA. **Pratica Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional**. Guia para implementação. Editora ROCA, São Paulo, 2003. p. 183-204.

PULASKI K.H. Disfunções Neurológica no adulto. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Willard e Spackman Terapia Ocupacional**. 9ª Edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2002. p.622-624

REZENDE M.B. O brincar e a intervenção da terapia ocupacional. In: DRUMMOND, A. de F.; REZENDE M.B.; **Intervenções da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte. Editora: UFMG, 2008.p.25-44

ROLIM C.L.R.; MARTINS M.; **O Uso de Tomografia Computadorizada nas Internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Vol.15. São Paulo. 2012.p. 179-187.

SANDQVIST G.; JOHNSON P.M.; STURESSON A.L.; TAGIL M.; GEBOREK P.; **Measures and Time Points Relevant for Post-Surgical Follow-up in Patients With Inflammatory Arthritis: a Pilot Study**. BMC Musculoskelet Disord. 2009

SANTOS D.G. dos; PEGORARO A.S.N.; ABRANTES C.V.; JAKAITIS F.; GUSMAN S.; BIFULCO S.C.; **Avaliação da Mobilidade Funcional do Paciente com Sequelas de AVC Após tratamento na Piscina Terapêutica, Utilizando o Teste Time Up and Go**. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo. 2011. p.302-306

SCHUCK S.O.; WHETSTONE A.; HILL V.; LEVINE P.; PAGE S.J.; **Game-based, portable, upper extremity rehabilitation in chronic stroke.** Top Stroke Rehabil. 2011, p.720-727

SOARES L.B.T.; História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI A.; GALVÃO C. **Terapia Ocupacional, Fundamentação e Prática.** Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2007. p.5-9

SUMSION, THELMA. Perspectiva da Prática Baseada no Cliente. In: _____ **Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional.** Guia para implementação. Editora ROCA, São Paulo, 2003. p.1-24.

VOOS, M.C, RIBEIRO, V.L.E; **Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução funcional em indivíduos destros.** USP, 2007. p.113-120.

WOODSON A. M. Acidente Vascular Cerebral. In: TROMBLY, A. C. **Terapia Ocupacional para Disfunções físicas.** Editora SANTOS, 4ª Edição, 2008. p. 817-853

WU A.J.; RADEL J.; HANNA-PLADDY B.; **Improved function after combined physical and mental practice after stroke: a case of hemiparesis and apraxia.** Am J Occup Ther. 2011, p.161-168

ZANNI, K. P.; BIANCHIN, M. A.; Marques, L. H. N. **Qualidade de vida e desempenho ocupacional de pacientes submetidos à cirurgia de epilepsia.** Porto Alegre, 2009.

APÊNDICES

Cliente - H1			Terapeuta Ocupacional - H1		
Ocupação	Desempenho	Satisfação	Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Atividade sexual	2	1	1. Cuidar das unhas (pé)	1	2
2. Dirigir carro/ moto	8	1	2. dirigir carro/moto	2	5
3. Cuidar das unhas (pé)	1	1	3. Trabalho artesanal com moto	3	4
4. Trabalho artesanal com Moto	3	1	4. Atividade Sexual	2	2
5. Artesanatos	2	1	5. Artesanatos	3	5
Pontuação total	16 (3,2)	5 (1)	Pontuação total	11 (2,2)	18 (3,6)
Cliente - H2			Terapeuta Ocupacional - H2		
Ocupação	Desempenho	Satisfação	Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Passar maquiagem	5	7	1. Arrumar o cabelo	2	2
2. Arrumar o cabelo	3	3	2. Passar maquiagem	8	8
3. Banhar-se	7	5	3. Fazer compras	5	6
4. Fazer compras	6	3	4. Manipular dinheiro	4	5
5. Manipular dinheiro	4	3	5. Banhar-se	8	8
Pontuação total	25 (5)	21 (4,2)	Pontuação total	27 (5,4)	29 (5,8)
Cliente - H3			Terapeuta Ocupacional - H3		
Ocupação	Desempenho	Satisfação	Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Usar o vaso sanitário	1	1	1. Banhar-se	2	2
2. Banhar-se	1	1	2. Entrar e sair do chuveiro	2	3
3. Barbear-se	1	1	3. Usar o vaso sanitário	2	3
4. Entrar e sair do chuveiro	1	1	4. Barbear-se	1	3
5. Dirigir o carro	1	1	5. Dirigir o carro	1	1
Pontuação total	5 (1)	5 (1)	Pontuação total	8 (1,6)	12 (2,4)
Cliente - H4			Terapeuta Ocupacional - H4		
Ocupação	Desempenho	Satisfação	Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Vestir-se sozinho	1	1	1. Vestir- se sozinho	5	7
2. Banhar-se	1	1	2. Banhar-se	4	5
3. Procurar trabalho	1	1	3. Usar transporte publico	1	1
4. Usar transporte publico	3	4	4. Preparar comida	2	2
5. Preparar comida	1	1	5. Procurar trabalho	1	1
Pontuação total	7 (1,4)	8 (1,6)	Pontuação total	13 (2,6)	16 (3,2)
Cliente - H5			Terapeuta Ocupacional - H5		
Ocupação	Desempenho	Satisfação	Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Tirar a roupa	6	7	1. Lidar com os fechos	4	2
2. Lidar com fechos	6	6	2. Usar o telefone	3	3
3. Usar transporte publico	5	7	3. Apanhar a roupa do armário	5	5
4. Usar o telefone	7	6	4. Tirar a roupa	5	5
5. Apanhar roupas do armário	5	7	5. Usar o transporte publico	7	6
Pontuação total	29 (5,8)	33 (6,6)	Pontuação total	24 (4,8)	21 (4,2)

Cliente - H6		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Lidar com fechos	1	1
2. Manipular dinheiro	5	1
3. Tomar remédios	5	1
4. Desfazer-se do lixo	1	1
5. Lidar com problemas	1	3
Pontuação total	13 (2,6)	7 (1,4)

Cliente - H7		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Amarrar o cadarço	1	1
2. Dirigir carro	1	1
3. Manipular dinheiro	5	1
4. Usar transporte público	6	1
5. Cuidar das unhas	1	2
Pontuação total	14 (2,8)	6 (1,2)

Cliente - H8		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Passar roupa	1	1
2. Cortar alimentos	3	2
3. Dobrar as roupas	1	1
4. Escovar dentes	4	3
5. Calças sapatos	1	2
Pontuação total	10 (2)	9 (1,8)

Cliente - H9		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Trabalhar como mecânico	4	3
2. Pilotar moto	1	1
3. Lidar com os fechos	3	3
4. Fazer compras	2	2
5. Levantar da cadeira	5	4
Pontuação total	15 (3)	13 (2,6)

Cliente - H10		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Dirigir carro	1	1
2. Banhar-se	6	2
3. Manipular dinheiro	1	1
4. Escrita	1	1
5. Levantar da cadeira	5	2
Pontuação total	14 (2,8)	7 (1,4)

Terapeuta Ocupacional - H6		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Lidar com os problemas	2	1
2. Desfazer-se do lixo	2	2
3. Lidar com fechos	3	2
4. Tomar remédios	3	4
5. Manipular dinheiro	4	4
Pontuação total	14 (2,8)	13 (2,6)

Terapeuta Ocupacional - H7		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Amarrar o cadarço	2	2
2. Manipular dinheiro	4	3
3. Usar Transporte público	7	6
4. Cuidar das unhas	3	2
5. Dirigir carro	1	1
Pontuação total	17 (3,4)	14 (2,8)

Terapeuta Ocupacional - H8		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Passar roupas	1	1
2. Cortar alimentos	4	4
3. Calçar sapato	3	4
4. Escovar dentes	3	3
5. Dobrar roupas	5	5
Pontuação total	16 (3,2)	17 (3,4)

Terapeuta Ocupacional - H9		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Pilotar moto	1	1
2. Trabalhar como mecânico	1	1
3. Fazer compras	4	4
4. Lidar com fechos	3	3
5. Levantar da cadeira	7	6
Pontuação total	16 (3,2)	15 (3)

Terapeuta Ocupacional - H10		
Ocupação	Desempenho	Satisfação
1. Dirigir carro	1	1
2. Manipular dinheiro	4	3
3. Banhar-se	5	5
4. Levantar da cadeira	7	6
5. Escrita	2	2
Pontuação total	19 (3,8)	17 (3,4)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Temos o prazer de convidá-lo para participar voluntariamente do trabalho de pesquisa intitulado “**Diferenças entre uma Abordagem Centrada no Cliente e uma Abordagem Centrada na Percepção do Terapeuta Ocupacional**” realizado como Trabalho de Conclusão do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília - UnB.

Esta pesquisa tem por objetivo verificar a correlação entre os resultados obtidos por um mesmo instrumento de avaliação do desempenho ocupacional (COPM), quando a abordagem é centrada no cliente, ou quando tais resultados são obtidos pela abordagem centrada no terapeuta ocupacional. Tem por objetivos específicos comparar os valores selecionados pelo terapeuta ocupacional e pelo paciente em relação ao desempenho ocupacional e a satisfação da atuação deste paciente. As atividades de maiores dificuldades de execução serão selecionadas pelo paciente e pontuadas, separadamente, conforme a percepção do terapeuta ocupacional e do cliente.

Para o estudo será utilizado o instrumento de coleta de dados: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), que se trata de um questionário que mede individualmente a autopercepção do cliente sobre os problemas encontrados no seu desempenho ocupacional diário, selecionando os cinco principais problemas e sequenciando a sua ordem de importância. O instrumento será aplicado em dois momentos, no primeiro momento aos pacientes e em um segundo momento a terapeuta ocupacional responsável pelo atendimento. Os resultados podem ajudar na identificação das diferenças e importância de se levar em consideração às opiniões e desejos do paciente em primeiro lugar.

A avaliação (COPM) será aplicada somente uma vez, de forma simples, solicitando apenas respostas a perguntas padronizadas, que serão feitas pelo pesquisador, não oferecendo riscos nem desconforto. O projeto não lhe trará nenhum ônus financeiro, e não lhe trará nenhum dano físico. É assegurado o direito a não identificação e à confidencialidade dos dados obtidos. Você pode optar ou não em participar do estudo, bem como recusar-se a responder perguntas que lhe ocasionem constrangimento, desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Você receberá uma cópia deste termo, e caso seja necessário, a qualquer momento durante o decorrer do estudo serão fornecidas informações e esclarecimentos. Caso necessite entrar em contato com o pesquisador, pode utilizar os telefones: (61) 85136338 e (61) 33767487 (Professora Kátia) e (61) 31071947(Comitê de Ética em Pesquisa).

Durante o decorrer e após a conclusão do estudo, será preservada a identidade dos participantes, que terão seus dados organizados em um banco de dados e serão identificados por um número. Os dados estarão sob responsabilidade da pesquisadora responsável.

Eu, _____, li e entendi os objetivos e os procedimentos do estudo “**Diferenças entre uma Abordagem Centrada no Cliente e uma Abordagem Centrada na Percepção do Terapeuta Ocupacional**”. Concordo em participar, voluntariamente. Sei também de meu direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.

Brasília, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente:_____

Assinatura da Terapeuta Ocupacional participante:_____

Assinatura da pesquisadora responsável (Prof^ª. Dra. Kátia Vanessa Pinto de Meneses):

Trabalho de Conclusão de Curso: “Diferenças entre uma Abordagem Centrada no Cliente e uma Abordagem Centrada na Percepção do Terapeuta Ocupacional”

SEGUNDA PARTE: MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL

Nome do paciente: _____

*Principais problemas de desempenho ocupacional selecionados pelo paciente em ordem alfabética.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

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 ___ = ___

ANEXOS

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McCall, Helene Polatajko, Nancy Pollock²

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

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

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lívia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

² Publicado pela CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McCall, 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
Pontuação Total = $\frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

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:

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lívia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.
² Publicado pelo CADOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 068/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 14 de março de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR(a) do(a): **UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 008/12 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “**DIFERENÇAS ENTRE UMA ABORDAGEM CENTRADA NO CLIENTE E UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PERCEPÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 12/03/2012

Validade do parecer: 12/03/2014

Pesquisador responsável e telefone: **KÁTIA VANESSA PINTO DE MENESES – (61) 3435-6146**

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL-CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepsedf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 068/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 14 de março de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR(a) do(a): DIRETORIA GERAL DE SAÚDE DE TAGUATINGA (com vistas à Chefia da Unidade Mista de Saúde) – SES/DF

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 008/12 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “**DIFERENÇAS ENTRE UMA ABORDAGEM CENTRADA NO CLIENTE E UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PERCEPÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL**” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 12/03/2012

Validade do parecer: 12/03/2014

Pesquisador responsável e telefone: KÁTIA VANESSA PINTO DE MENESES – (61) 3435-6146

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
 Coordenadora

AL-CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
 SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 068/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 008/2012 – DIFERENÇAS ENTRE UMA ABORDAGEM CENTRADA NO CLIENTE E UMA ABORDAGEM CENTRADA NA PERCEPÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 12/03/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 14 de março de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
 Coordenadora

AL/CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
 SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907
 BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE