

## capítulo 2

# Processo de avaliação de terapia ocupacional na infância

Marisa Cotta Mancini, Luzia Iara Pfeifer, Marina de Brito Brandão

*Para bem julgar não basta sempre ver, é necessário olhar;  
nem basta ouvir, é conveniente escutar.*

(Marquês de Maricá)

### **ESTRUTURA DA AVALIAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

Avaliação constitui um processo de levantamento de informações norteadoras de estratégia de ação que seja adequada e específica. Esse processo inicia com a identificação dos problemas, das limitações e das necessidades do cliente; inclui, ainda, o raciocínio clínico para se contextualizar esses problemas / queixas e subsequente definição dos fatores limitantes dos problemas identificados para que o profissional possa estruturar estratégias de ação terapêutica (43, 71). A publicação *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo* (3, 4) descreve os conceitos e processos da profissão. Segundo essa Estrutura, o processo de terapia ocupacional é constituído de três pilares, a saber: avaliação, intervenção e definição de desfechos. Um eixo central comum a esses três pilares envolve a colaboração entre profissional e cliente. No caso da área infantil, esse cliente inclui a criança e a família.

O processo de avaliação em terapia ocupacional está ancorado na caracterização do perfil ocupacional e na análise do desempenho ocupacional (3, 4).

### **Caracterização do perfil ocupacional**

O perfil ocupacional consiste na etapa inicial do processo de avaliação. Informações coletadas nessa etapa incluem descrição das necessidades do cliente, resumo do histórico ocupacional e das experiências, padrões de vida diária, prioridades, interesses, valores, necessidades de cada cliente, bem como as características do contexto de vida que são barreiras e as que são facilitadoras das ocupações desejadas (3, 4). A caracterização do perfil ocupacional incorpora completamente a perspectiva da prática centrada no cliente no processo de avaliação e permite que o processo posterior de intervenção possa ser particularizado conforme as características e interesses de quem procura os serviços de terapia ocupacional. No caso de crianças com defi-

ciência, tais informações são, muitas vezes, disponibilizadas pela família.

### **Análise do desempenho ocupacional**

Essa etapa do processo de avaliação busca compreender os problemas potenciais e/ou atuais do indivíduo (3, 4). Tais problemas são avaliados considerando as especificidades das atividades e tarefas de vida diária e instrumentais, os padrões e contextos de desempenho, bem como as habilidades e capacidades envolvidas (73).

As informações obtidas na etapa de análise do desempenho ocupacional devem buscar identificar o conjunto de fatores que limitam o indivíduo na realização de ocupações relevantes e de interesse, incluindo componentes intrínsecos ou habilidades do indivíduo, fatores dos ambientes físico, social e atitudinal, e fatores relacionados às demandas de atividades ou tarefas funcionais. Tal conjunto de fatores deve, necessariamente, incluir informações sobre o indivíduo, sobre as atividades e tarefas, e sobre os contextos em que a pessoa vive, trabalha e realiza seu brincar, lazer e entretenimento. Considerando que a unidade de análise do profissional de terapia ocupacional consiste no "indivíduo em atividade num contexto de vida", o processo de avaliação deve combinar informações de todos os elementos, de tal forma que possa ter como foco a referida unidade.

As diferentes informações coletadas nessa etapa devem ser interpretadas de forma a desenvolver um entendimento amplo e bem fundamentado sobre o que compromete o engajamento de crianças e jovens com deficiência ou os coloca em risco no desempenho das ocupações de interesse (3, 4). A análise do desempenho ocupacional permite analisar o padrão de engajamento de crianças e jovens em ocupações de um contexto específico, bem como de seus diferentes contextos de vida. Permite, também, compreender o desempenho de tarefas e atividades que são partes importantes dessas ocupações (20, 73). A família consiste em importante referência para informações tanto sobre o perfil quanto sobre o desempenho ocupacional dessas crianças e jovens.

## **ABORDAGENS ASCENDENTE E DESCENDENTE NORTEADORAS DA AVALIAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

Terapeutas ocupacionais utilizam diferentes recursos e instrumentos para avaliar o desempenho ocupacional de crianças e jovens. A escolha de recursos e instrumentos mais adequados bem como a sua ordem de utilização podem ser norteadas pelas abordagens ascendente e descendente.

A abordagem ascendente tem como foco do processo de avaliação a coleta de informações sobre habilidades discretas<sup>4</sup> (por exemplo, componentes de desempenho) que estejam relacionadas com o desempenho funcional (20, 20, 73). Um pressuposto dessa abordagem é que o desempenho funcional é resultado da integralidade de funcionamento dos componentes que o compõem. Ou seja, o desempenho ocupacional de um indivíduo acontece quando os componentes que fazem parte desse desempenho se encontram normalizados. Alterações no desempenho ocupacional são atribuídas a deficiências nos componentes de desempenho.

Na prática, isso significa que, quando uma criança ou jovem busca os serviços de terapia ocupacional com uma queixa funcional, por exemplo, não brinca com os colegas durante o período do recreio no pátio da escola, o terapeuta que faz uso da abordagem ascendente avaliará componentes de desempenho, incluindo força e amplitude de movimento de membros inferiores e superiores, equilíbrio postural, entre outros. Trombly (73) argumenta que como a relação direta entre queixa funcional e componentes de desempenho não é reconhecida pelos clientes que buscam os serviços de terapia ocupacional, a prática profissional sob a perspectiva da abordagem ascendente muitas vezes enfraquece o reconhecimento da identidade da terapia ocupacional perante a sociedade.

A abordagem descendente, por sua vez, centra o processo de avaliação nas queixas funcionais do cliente. Nessa abordagem, a avaliação tem início com informações sobre o que a criança ou jovem precisa ou gostaria de desempenhar e sobre o contexto em desempenha essas ocupações de interesse (20, 29). Na queixa funcional trazida pelo cliente, o processo de

<sup>4</sup> Segundo a Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional (3, 4), habilidades de desempenho são ações dirigidas a objetivos observáveis como pequenas unidades de envolvimento em ocupações da vida diária. Habilidades discretas têm início e fim bem definidos, breve duração e podem ser categorizadas como habilidades motoras, habilidades de processos e habilidades de interação social.

avaliação pautado na abordagem descendente identifica os papéis ocupacionais que são necessários e/ou desejados, e também as tarefas, atividades e contextos que compreendem as expectativas desses papéis ocupacionais para o cliente. As habilidades discretas ou componentes de desempenho são avaliados somente quando for necessário compreender os fatores limitantes do desempenho ocupacional ou especificar possíveis causas das limitações em atividades e tarefas da vida (20, 29, 43).

As abordagens ascendente e descendente têm aplicações na prática da terapia ocupacional. Existem situações nas quais a aplicação da abordagem ascendente é adequada, como, por exemplo, em casos preventivos em que não há uma queixa funcional instalada, ou em casos de pacientes após eventos cirúrgicos (por exemplo, traumatismo de mão), quando a recuperação tecidual deve ser o foco inicial dos processos de avaliação e de intervenção. Mesmo considerando essas aplicações, a abordagem ascendente tem perdido projeção e destaque na prática da terapia ocupacional, principalmente por ter seus princípios questionados por evidências científicas (46, 73). Diversos estudos apontam que a independência funcional pode ser alcançada mesmo na ausência de certos componentes de desempenho. Já a abordagem descendente é filosoficamente coerente com a prática centrada no cliente, prática centrada na família e abordagem funcional. Alguns terapeutas reconhecem que a abordagem descendente e o foco na ocupação, abraçados pela terapia ocupacional nas últimas décadas, resultam mais diretamente em desfechos positivos de satisfação do cliente (76).

## MÉTODOS DE COLETA DE INFORMAÇÃO

Ao iniciar o processo de intervenção o terapeuta ocupacional necessita utilizar maneiras de conseguir informações sobre o impacto de determinada condição de saúde no desempenho ocupacional diário da criança em atenção (43). O processo de avaliação envolve informações sobre o perfil ocupacional e sobre o desempenho ocupacional dessa criança, e, para tanto, o terapeuta ocupacional pode lançar mão de entrevistas, observações e testes padronizados.

A avaliação é um processo contínuo, e não um evento único; portanto, o terapeuta ocupacional precisa

ter as habilidades de coletar, interpretar e avaliar as informações, visto que todas as informações recebidas, independentemente da fonte, contribuem positivamente para uma boa avaliação (62).

A coleta de dados durante o processo avaliativo ocorre, principalmente, de três maneiras: 1) entrevista com o cliente e seus cuidadores, 2) observação do desempenho ocupacional, e 3) seleção, administração e interpretação de instrumentos de avaliação (62).

## Entrevista

A entrevista é, de modo geral, o primeiro recurso que o terapeuta ocupacional utiliza para conhecer um pouco sobre a história da criança, e quando ela é muito jovem ou apresenta dificuldades de comunicação, devido à sua condição de saúde, os pais / cuidadores são os principais informantes. Na entrevista inicial, também denominada de anamnese, acontece o primeiro contato, quando são coletadas informações sobre a história da criança, o contexto em que vive, além de se estabelecer um vínculo inicial com a criança e seus pais / cuidadores e de serem esclarecidos aspectos em que o terapeuta ocupacional poderá contribuir (31). Essas informações iniciais ajudam o terapeuta ocupacional a compreender como a criança e seus pais / cuidadores percebem seus papéis ocupacionais, seus potenciais, suas dificuldades, suas necessidades e as metas que querem alcançar durante o processo de intervenção (55) e, dessa forma, possibilitam a construção de uma base inicial para definição de objetivos de intervenção e escolha de instrumentos de avaliação de desempenho que auxiliarão no diagnóstico ocupacional da criança.

A entrevista deve ocorrer em ambiente tranquilo e com privacidade (55), e o terapeuta ocupacional deve estar preparado para registrar as informações fornecidas e decidir (juntamente com os pais / cuidadores) se a criança estará presente ou não em um primeiro momento, já que, talvez, não seja adequado que a criança conheça algumas informações (tentativa de aborto, uso de substâncias ilícitas, rejeição à criança etc.).

O terapeuta ocupacional precisa ter a habilidade de escuta ativa e saber selecionar as perguntas e os assuntos que nortearão o roteiro da entrevista, introduzir novas questões de acordo com as

informações que surgem ao longo dessa entrevista, assim como saber abordar temas delicados aos pais / cuidadores de modo adequado, deixando-os confiantes em esclarecer essas questões, já que a entrevista é a oportunidade de estabelecer um relacionamento terapêutico de confiança (55).

O modo em que a entrevista é estruturada depende de uma série de decisões críticas a serem consideradas pelo terapeuta, tais como as características do informante e do entrevistador, a complexidade da informação procurada, a ordem das perguntas, seu nível de complexidade e o tempo disponível para realização (39).

Considerando as características do informante, a entrevista com crianças exige perguntas simples e curtas ou a oportunidade de ver objetos (fotos, brinquedos) que sejam relevantes para a compreensão de seu desempenho ocupacional. Sobre a característica do entrevistador, ele deve ter uma postura amigável e comunicativa, formulando perguntas que não induzam a resposta do cliente (por exemplo, a pergunta "Como você se sentiu com aquele evento?" possibilita uma resposta sobre a expressão dos sentimentos do cliente), evitando perguntas que sugiram respostas específicas (por exemplo, "Isso te deixou chateada?", pois aqui a resposta tende a ser apenas sim ou não). Além disso, deve definir qual estratégia será utilizada para registro das informações, se haverá anotações escritas e/ou gravação de áudio (39).

Com relação à forma como as entrevistas são organizadas, podem ser classificadas como: estruturadas, semiestruturadas e abertas ou não diretivas.

A **entrevista estruturada** apresenta um formato fixo e deve ser seguida obedecendo à ordem proposta das questões. As informações são registradas em formulário próprio ou gravadas durante o processo (31). Ela é útil quando se pretende minimizar a variação entre as questões apresentadas ao cliente, permitindo uma uniformidade no tipo de informação coletada e posterior comparação entre as etapas pré e pós-intervenção. Há diversos instrumentos padronizados de avaliação nesse formato e serão citados no tópico sobre testes padronizados ao final deste capítulo.

A **entrevista semiestruturada** possibilita o estabelecimento de uma comunicação verbal (entre terapeuta e cliente) permitindo a compreensão dos fenômenos a serem estudados (48). Esse tipo de entrevista apresenta um roteiro de questões que

não precisam seguir uma ordem estabelecida, já que o terapeuta ocupacional pode escolher a maneira como as questões são apresentadas e variar o tempo e conteúdo, conforme as necessidades de informações, e registrá-las tanto no momento quanto após a entrevista (31). Assim, o terapeuta tem que ter bem claro qual é seu foco de intervenção, pois auxiliará na elaboração das questões, de modo a ter clareza sobre o objetivo e a direção da entrevista para alcançar as informações necessárias (39).

A **entrevista aberta** ou **não diretiva** é uma forma de colher informações a partir do discurso livre do entrevistado, facilitando que ele comunique e expresse sua história, seus desejos e suas necessidades. Diante disso, o terapeuta ocupacional precisa manter uma postura de escuta ativa compreendendo todas as informações apresentadas, intervindo adequadamente sem dirigir ou sugerir a fala do sujeito (59). Em uma entrevista aberta, algumas perguntas são estruturadas e apresentadas ao cliente em forma de um convite para que ele conte uma história que ilustre uma experiência significativa; por exemplo, ao entrevistar pais de crianças com deficiência, o terapeuta pode pedir para eles relatarem uma história sobre um evento em que a deficiência da criança não influenciou seu desempenho (39).

Essa abordagem resulta em um volume grande de informações e, portanto, o terapeuta ocupacional precisa se utilizar de recursos e habilidades para analisar e identificar as informações importantes e necessárias para definir os objetivos e estratégias terapêuticas.

## Observação

A observação é uma parte vital do processo terapêutico (39) e envolve o olhar atento e exame minucioso de fenômenos ou fatos relacionados a uma pessoa acerca de seus comportamentos específicos, relacionados aos aspectos corporais, relacionais, cognitivos, emocionais e de desempenho de atividades cotidianas (47, 59).

Terapeutas ocupacionais observam constantemente os seus clientes por diversas razões, seja para avaliar o progresso em resposta à terapia, a motivação, os efeitos adversos e o nível de desafio; sendo assim, decidir o que, quando e como observar deve ser conduzido pelas questões clínicas (38). A observação pode ser informal / livre ou formal / estruturada / padronizada.

A **observação informal / livre** ocorre durante todo o processo de intervenção. Um terapeuta ocupacional experiente observa a criança e seus pais / cuidadores desde a sala de espera, como se dá a relação entre eles, os incômodos em responder algumas questões, as tensões e os desejos durante a entrevista; a maneira como a criança se locomove, como está seu cuidado higiênico, se há maneirismo, como se comunica etc. (55).

Durante a observação livre é muito importante o registro dos fenômenos observados de natureza descritiva (que envolvem comportamentos, particularidades, características) e de natureza reflexiva (que envolvem a interpretação dos fenômenos observados, com base em reflexões teóricas e evidências) (59).

A **observação formal** ocorre quando o terapeuta ocupacional observa a criança enquanto ela desempenha algumas tarefas em ambientes reais ou simulados (55), por meio de avaliações padronizadas ou por meio de desempenho de tarefas propostas pelo terapeuta; essa etapa faz parte da avaliação de desempenho.

Tanto na observação formal quanto na informal, o terapeuta pode participar da atividade interagindo e observando seu cliente enquanto faz anotações sobre seu desempenho, ou se afastar e observar sem participar da atividade. O determinante para a participação ou não participação depende da extensão em que os fenômenos observados podem ocorrer ou serão alterados pela presença do terapeuta ocupacional (38).

### **Testes padronizados**

Testes padronizados são ferramentas de medida que foram desenvolvidas com base no desempenho dos itens de teste em uma amostra de crianças de desenvolvimento típico representativa da população a ser testada (em um grupo normativo). Assim, a pontuação da criança avaliada por um teste padronizado é comparada com as pontuações do grupo normativo (72). Devem ser usados para complementar as informações já coletadas sobre o perfil ocupacional e facilitar o aprimoramento do raciocínio clínico e a tomada de decisões do terapeuta ocupacional (22). Os terapeutas ocupacionais precisam estar conscientes das limitações ao usarem avaliações não padronizadas, já que não

garantem confiabilidade e precisão, podendo resultar negativamente na credibilidade profissional e no bem-estar dos usuários do serviço (36).

Os terapeutas ocupacionais usam testes padronizados para ajudar a determinar a elegibilidade das crianças para a intervenção de terapia ocupacional, para monitorar o progresso durante o processo de intervenção terapêutica e para tomar decisões sobre o método de intervenção mais apropriado e eficaz para cada criança (58). Essas ferramentas de medida devem mensurar as mudanças no nível de desempenho, nos sentimentos e nas atitudes do cliente e de seus cuidadores, identificando se houve melhora, manutenção, redução, desenvolvimento, prevenção ou atraso na habilidade ou ocupação avaliada (18).

Para verificar a utilidade do uso de um teste padronizado, o terapeuta ocupacional deve ler atentamente o manual de aplicação do teste para aprender como as referências normativas foram derivadas e as características da amostra normativa, além de aprender a interpretar a pontuação de uma criança individual com precisão, incluindo a pontuação-padrão e a classificação percentilica (72).

A escolha do teste padronizado deve se basear em seu conteúdo, confiabilidade, validade e utilidade clínica (39). Outro aspecto importante a ser considerado é se o teste será útil para que o terapeuta possa identificar alterações de desempenho, definir o objetivo da terapia ocupacional e facilitar o planejamento do tratamento (77), já que as medidas de resultado devem sempre corresponder aos objetivos da terapia (16). O uso de várias medidas de resultados pode ser necessário para fornecer informações abrangentes sobre as habilidades de desempenho ocupacional em diversos aspectos (17).

Para examinar completamente o desempenho ocupacional de uma criança, o terapeuta ocupacional identifica, por meio da entrevista inicial, quais as ocupações mais importantes para a criança e seus cuidadores e, a partir daí, escolhe os instrumentos de avaliação mais adequados para avaliar as habilidades específicas de desempenho e os padrões de desempenho da criança. Além disso, ele analisa como o desempenho é influenciado pelas demandas físicas e expectativas sociais do ambiente doméstico, escolar e comunitário e qual o seu impacto no engajamento da criança nas ocupações significativas para ela e seus cuidadores (72). Os

testes padronizados devem ser aplicados em dois ou mais momentos para que possam ser identificadas as mudanças de desempenho ocorridas ao longo do tempo (75).

A principal vantagem em usar testes padronizados é que o terapeuta ocupacional obtém medidas precisas do desempenho da criança em áreas específicas e informações importantes sobre as capacidades e limitações da criança em habilidades críticas para a função em tarefas cotidianas (53, 72). Além disso, o uso de testes padronizados favorece a objetividade da avaliação, oferece maior credibilidade do processo de intervenção (ao apresentar medidas) e facilita a comunicação entre diferentes profissionais e equipes (10).

Existe grande variedade de inventários e escalas utilizadas na prática clínica de terapeutas ocupacionais para coletar dados sobre o desenvolvimento de uma criança, sobre as interações entre o cuidador e a criança, sobre o ambiente em que está inserida, e sobre o desempenho ocupacional da criança. Entretanto, a maioria desses instrumentos foi elaborada em países de Língua inglesa e com realidades socioculturais distintas da nossa. Portanto, faz-se necessário que esses instrumentos passem pelo processo de tradução e adaptação abrangentes para que exista uma equivalência cultural, além de se testar a validade dessa versão e investigar se os escores resultantes dessas avaliações têm o mesmo significado em realidades etnoculturais diferentes e se os escores normativos do país de origem são os mesmos para as crianças brasileiras, pois as manifestações clínicas de sintomas, suas evoluções e prognósticos são interdependentes da cultura (7, 21, 27, 30).

A seguir são apresentados alguns instrumentos de avaliação padronizados utilizados por terapeutas ocupacionais que atuam com crianças, os quais foram adaptados e validados para serem utilizados junto à população brasileira.

**A Entrevista Inicial com Pais (EIP) e a Avaliação do Comportamento Lúdico (ACL)** foram desenvolvidas pela terapeuta ocupacional canadense Francine Ferland em 1994 (28) e adaptadas culturalmente para o Brasil (63, 64). Fazem parte do modelo lúdico proposto pela mesma autora e possibilitam avaliar o brincar da criança acerca de seu interesse lúdico, capacidade lúdica, atitude lúdica e suas formas de expressar necessidades e sentimentos, o

que permite a definição dos objetivos e o planejamento da intervenção, além de servir como medida de progresso (38). A EIP é aplicada aos cuidadores por meio de entrevista estruturada e semiestruturada para coletar informações acerca do desempenho lúdico da criança em casa; já a ACL é aplicada por meio da observação do brincar espontâneo da criança (63). A versão adaptada culturalmente está disponível em [http://leptoi.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/Instrumentos\\_Avaliacao\\_ModeloLudico-5.pdf](http://leptoi.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/Instrumentos_Avaliacao_ModeloLudico-5.pdf).

**A Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança (Child Initiated Pretend Play Assessment - ChIPPA)** foi desenvolvida pela terapeuta ocupacional australiana Karen Stagnitti em 2007 (70), adaptada culturalmente para o Brasil (56) e está em processo de validação para definição dos escores normativos para as crianças brasileiras (40). A ChIPPA é uma medida estruturada que avalia a habilidade da criança com idade entre 3 e 7 anos e 11 meses, em iniciar e manter o faz de conta tanto no brincar imaginativo convencional quanto no brincar simbólico. A avaliação tem duração de 18 minutos para crianças de 3 anos e de 30 minutos para crianças entre 4 e 7 anos e 11 meses de idade (70).

**A Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox Revisada (ELPKr)** foi desenvolvida pela terapeuta ocupacional norte-americana Susan Knox (1997) (34) e adaptada culturalmente para o Brasil (52). A ELPKr foi projetada para fornecer uma descrição evolutiva do comportamento lúdico típico de crianças de zero a 6 anos, por meio da observação do brincar livre (35), partindo do pressuposto de que é possível avaliar o desenvolvimento a partir da observação do brincar (11). Avalia o desempenho em quatro dimensões: Domínio Espacial, Domínio Material, Faz de Conta e Participação, e oferece, ao final, a idade lúdica da criança; o tempo de avaliação é de 30 minutos em ambiente interno e 30 minutos em ambiente externo (35). No processo de validação da escala para a população brasileira estão sendo propostas adequações para o fornecimento de escores, assim como a viabilização da aplicação em contextos clínicos (69).

**A Medida Canadense de Desempenho (COPM)** foi desenvolvida pelas terapeutas ocupacionais Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko e Nancy Pollock, em 1991, com a última edição publicada em 2015 (37), e adaptada culturalmente para o Brasil (41). A COPM

é uma medida individualizada compatível com o Modelo Canadense Centrado no Cliente, em que o sujeito realiza a autoavaliação e/ou seus cuidadores avaliam as atividades mais importantes com dificuldade no desempenho ocupacional, nos domínios de Autocuidado, Produtividade e Lazer (15, 38). Trata-se de uma entrevista semiestruturada com duração média de 30 a 40 minutos (38).

**O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade** (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory* – PEDI) foi desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Universidade de Boston, nos Estados Unidos (1992), e adaptado culturalmente para o Brasil (42). O PEDI tem por objetivos: avaliar a capacidade e o desempenho funcional de crianças com idade entre 6 meses e 7 anos e 6 meses (ou crianças mais velhas que apresentem atraso de desenvolvimento) (38), em relação ao autocuidado, mobilidade e função social; identificar a existência de atraso ou déficit funcional e caracterizar a área e extensão do atraso; avaliar longitudinalmente o progresso individual ou de grupo clínico consequente ao programa de reabilitação (42). Pode ser preenchido pelo terapeuta a partir da observação do desempenho da criança, por meio de entrevista aos cuidadores ou por preenchimento realizado pelos cuidadores (42). Em 2012, Haley e sua equipe publicaram a nova versão denominada *Pediatric Evaluation of Disability Inventory Computer Adaptive Test* (PEDI-CAT) (32). O PEDI-CAT ampliou a faixa etária de aplicação para crianças entre 1 ano até jovens adultos de 21 anos, assim como as dimensões envolvidas: atividades diárias, mobilidade, social / cognitiva e responsabilidade (32). Essa nova versão já foi adaptada culturalmente para o Brasil (44).

**A Medida de Independência Funcional para Crianças** (*Pediatric Functional Independence Measure* – WeeFIM) foi desenvolvida para medir a independência funcional de crianças com idades entre 6 meses e 7 anos que apresentam alguma deficiência. A WeeFIM é um questionário que pode ser preenchido pelos pais / responsáveis, ou pelo terapeuta a partir de observações da criança (8), e mensura o nível de independência no autocuidado, no controle esfinteriano, na locomoção, na mobilidade, na comunicação e na função social (74). Foi adaptada culturalmente para o Brasil (65).

O questionário **Crianças Ajudando: Responsabilidades, Expectativas e Apoio** (*Children Helping out: Responsibilities, Expectations and Supports* – CHORES) foi desenvolvido pela terapeuta ocupacional norte-americana Louise Dunn (23) e adaptado culturalmente para o Brasil (2). O CHORES tem por objetivo mensurar, sob a perspectiva dos pais, a participação e o envolvimento de crianças e adolescentes com idade entre 6 e 14 anos no desempenho de atividades do contexto domiciliar, permitindo o registro de mudanças ao longo do processo terapêutico (2). O instrumento é uma entrevista semiestruturada composta por 31 itens divididos em duas escalas, a de autocuidado e a de cuidado familiar, nas quais se avalia se a criança / adolescente executa determinada atividade e o nível de assistência que precisa para isso (2, 23).

**O Perfil Sensorial 2** (*Sensory Profile 2*) foi desenvolvido pela terapeuta ocupacional norte-americana Winnie Dunn, em 2014 (25), a partir de revisão feita nos instrumentos que compunham o *kit* do Perfil Sensorial (24). O Perfil Sensorial 2 é formado por cinco questionários (25):

- a) *Infant Sensory Profile 2* – 25 itens para bebês, do nascimento aos 6 meses;
- b) *Toddler Sensory Profile 2* – 54 itens para crianças de 7 a 35 meses;
- c) *Child Sensory Profile 2* – 86 itens para crianças de 3 a 14 anos;
- d) *Short Sensory Profile 2* – 34 itens para crianças de 3 a 14 anos e 11 meses;
- e) *School Companion Sensory Profile 2* – 44 itens para crianças de 3 a 14 anos e 11 meses.

Os quatro primeiros questionários são baseados em respostas dos cuidadores, e o último, em respostas dos professores em relação à frequência com que os comportamentos ocorrem no cotidiano, por meio de uma escala *likert* (25). Os questionários do Perfil Sensorial 2 fornecem um método padronizado para avaliar as habilidades de processamento sensorial e para disponibilizar informações sobre o seu efeito nas diversas atividades da criança nos contextos domésticos, escolar e comunitário (25). Os questionários *Infant Sensory Profile 2* e *Toddler Sensory Profile 2* já foram adaptados e validados para a população brasileira (1), e encontram-se em fase de adaptação cultural e validação os questionários *Child Sensory Profile 2*, *Short Sensory Profile 2* e *School Companion Sensory Profile 2* (51).

**O Sistema de Eficácia Percebida e Determinação de Metas** (*Perceived Efficacy and Goal Setting System – PEGS*) (49) foi desenvolvido para possibilitar que crianças com alguma deficiência tenham sua própria percepção em relação à competência na realização das atividades do dia a dia, permitindo, assim, selecionar metas para a intervenção, de acordo com a perspectiva da criança (49). O PEGS pode ser usado com crianças com idade entre 6 e 9 anos, com diversos diagnósticos, desde que tenham capacidade para entender o processo de entrevista (50). A aplicação do PEGS é divertida, pois, com o uso de figuras de fácil compreensão, a criança indica as tarefas em que apresenta facilidade ou dificuldade de executar e, ao final do processo, escolhe as tarefas que gostaria de melhorar com a terapia. O PEGS foi adaptado culturalmente para o Brasil (61). Recentemente foi publicada a versão PEGS 2ª Edição. Demanda tempo de 40 a 60 minutos para aplicação (mais informações estão disponíveis em <https://canchild.ca/en/shop/5-pegs-2nd-edition-complete-kit>).

Os instrumentos **Affordances no Ambiente Domiciliar para o Desenvolvimento Motor** (*Affordances in the home environment for motor development – AHMED*), para crianças de 18 a 42 meses de idade, e **Affordances no Ambiente Domiciliar para o Desenvolvimento Motor – Escala Bebê** (*Affordances in the home environment for motor development – infant scale – AHMED - IS*), para bebês de 3 a 18 meses, foram desenvolvidos pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo, em Portugal, juntamente com o Laboratório de Desenvolvimento Motor do Texas (*A&M University*, EUA) com apoio do Laboratório de Pesquisa em Desenvolvimento Neuromotor da Universidade Metodista de Piracicaba (12). O questionário aplicado aos pais de bebês avalia a qualidade e a quantidade de fatores (*affordances*) no ambiente doméstico em três dimensões: espaço físico, atividades diárias e brinquedos, com um total de 67 questões para crianças de 18 a 42 meses (14) e 41 questões para bebês de 3 a 18 meses de idade (13). Estão disponíveis em [http://www.ese.ipv.pt/dmh/AHEMD/pt/ahemd\\_5pt.htm](http://www.ese.ipv.pt/dmh/AHEMD/pt/ahemd_5pt.htm).

**O Questionário da Experiência de Crianças no Uso das Mãos** (*Children's Hand-Use Experience Questionnaire – CHEQ*) foi desenvolvido pelas terapeutas ocupacionais suecas Annika Sköld, Liselotte Norling Hermansson, Lena Krumlinde-Sundholm, Ann-Christin Eliasson e Ahmed Amer, em 2011

(68), e adaptado culturalmente para o Brasil (9). O CHEQ avalia crianças e adolescentes de 3 a 18 anos de idade, com comprometimento motor assimétrico, quanto ao desempenho da mão afetada durante a realização de atividades bimanuais da rotina diária, e pode ser respondido pelos pais ou responsáveis ou mesmo pelo adolescente maior de 13 anos (9). Avalia o grau de independência da criança ou do adolescente ao desempenhar 27 atividades em relação ao uso da mão comprometida, tempo dispendido para execução da tarefa em comparação aos seus pares, e o quanto se sente incomodada enquanto realiza a atividade. Mais detalhes estão disponíveis em <http://www.cheq.se/home/about>

A **Minnesota Handwriting Assessment** é um instrumento que tem por objetivo avaliar a qualidade da escrita: a criança deve copiar, em letra bastão ou cursiva, as palavras de um pangrama, que consiste em uma frase que transmite uma mensagem e que contém, em seu conjunto, todas as letras (vogais e consoantes) do alfabeto da Língua inglesa (57). Avalia crianças de 1º e 2º anos do Ensino Fundamental (6 a 7 anos de idade), demanda tempo de cinco a dez minutos, e pode ser aplicada em grupo ou individualmente (5). Esse instrumento foi adaptado culturalmente e validado para o Brasil, de modo que o pangrama foi alterado e as crianças são avaliadas somente com uso de letra bastão (54).

## PROPÓSITOS DA AVALIAÇÃO

No processo de avaliação, buscam-se informações precisas sobre um indivíduo em determinado momento, numa certa situação e em determinado contexto. Após a análise e interpretação, os resultados da avaliação podem ser utilizados na prática clínica para atender certos fins. Em linhas gerais, a avaliação pode ser feita para triagem ou para avaliar com mais profundidade os problemas e as habilidades de uma criança ou jovem. Procedimentos de triagem geralmente são feitos para identificar rapidamente crianças que podem estar com atraso ou problemas no desenvolvimento e precisam de uma avaliação mais aprofundada. Terapeutas que trabalham em locais ou serviços que atendem crianças com desenvolvimento normal (por exemplo, escolas de ensino regular, creches infantis etc.) podem se beneficiar de procedimentos de triagem (58).

Em acréscimo aos procedimentos de triagem, terapeutas avaliam o desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com diferentes condições de saúde (58). Essa avaliação aprofundada do desempenho ocupacional pode servir a diferentes propósitos, a saber (5, 20, 58):

- **Estabelecer linha de base de desempenho:** a avaliação, enquanto etapa inicial do processo de terapia ocupacional, estabelece o desempenho do indivíduo antes da implementação de uma proposta terapêutica. Essa linha de base serve de parâmetro para identificação de mudanças.

- **Documentar progresso e comparar com avaliações anteriores ou posteriores:** a avaliação sistemática do indivíduo ao longo do processo terapêutico disponibiliza informações sobre a direção das mudanças, ou seja, se houve ganhos ou perdas, bem como o acompanhamento do ritmo dessas mudanças (período de maiores e de menores ganhos). A análise da evolução do cliente em face aos procedimentos terapêuticos utilizados revela os efeitos (ou ausência deles) associados a diferentes estratégias ou à combinação delas. Por exemplo, uma criança com deficiência pode estar obtendo ganhos gradativos em suas habilidades na área de autocuidado. Quando adaptações são implementadas no programa terapêutico, pode-se observar uma aceleração na independência da criança nessa área funcional. A documentação longitudinal das avaliações ajuda o terapeuta a refletir sobre a adequação do programa de intervenção proposto para cada cliente.

- **Identificar habilidades ou comportamentos específicos:** um dos principais propósitos de uma avaliação é documentar com precisão as áreas de habilidade e de dificuldade no desempenho ocupacional de crianças e jovens com deficiência. Tal documentação deve ser contextualizada com informações sobre os fatores do contexto em que o desempenho acontece e análise da adequação das atividades e tarefas, bem como identificação dos fatores limitantes (43, 71). Essas informações são importantes para pautar o planejamento de programas de intervenção (58). A instrumentação utilizada para esse propósito deve mapear detalhadamente o desempenho ocupacional da criança em diferentes áreas e aspectos. A identificação precoce de deficiências e incapacidades de uma criança é necessária para que programas de intervenção possam ser implementados precocemente.

- **Predizer desempenho futuro:** a avaliação pode ser feita para fins de prever o desempenho provável no futuro. A predição do desempenho é baseada em estimativas de probabilidade e, portanto, não deve ser entendida como determinista do desempenho futuro. Um exemplo pode ser observado no prognóstico para marcha independente em crianças com paralisia cerebral. A literatura informa que a aquisição da habilidade de sentar-se é preditiva da marcha independente nessa população, de tal forma que, quanto mais tarde a criança adquira essa habilidade de sentar-se, menores serão as chances (ou pior será o prognóstico) para a marcha em idade posterior. O parâmetro de referência definido como limite etário para a aquisição da habilidade de sentar-se com prognóstico para marcha com auxílio de utensílios de suporte, em crianças com paralisia cerebral, é 4 anos. Tal prognóstico foi possibilitado com as curvas prognósticas de desempenho motor grosso (33, 45, 60).

Em síntese, os propósitos descritos acima buscam fornecer um diagnóstico do desempenho ocupacional e nortear o plano de intervenção, discriminar o desempenho (por exemplo, identificar áreas de desempenho normal, anormal ou com atraso) e/ou avaliar mudanças longitudinais no desempenho da criança ou jovem (por exemplo, consequências à intervenção ou ao processo de desenvolvimento / maturação) (20). A escolha dos instrumentos e métodos de coleta de informações no processo de avaliação de terapia ocupacional deve ser adequada ao propósito que pauta a avaliação (5). Isso significa que a instrumentação utilizada deve oferecer condições para que os propósitos almejados possam ser atendidos. Por exemplo, uma avaliação com propósito preditivo, que visa a identificar crianças com atraso, deve fornecer parâmetros para subsidiar a projeção de desempenho futuro. Da mesma forma, instrumentos utilizados para documentar mudanças longitudinais devem ser sensíveis para identificar mudanças, mesmo que de pequena magnitude, em crianças com deficiência.

#### **CASO CLÍNICO:**

#### **AValiação EM TERAPIA OCUPACIONAL**

Laura (nome fictício), filha única, 4 anos e 7 meses de idade, tem o diagnóstico de paralisia cerebral bilateral (diparética) espástica. Ela recebe

atendimentos desde os 5 meses de vida, porém os pais mudaram de cidade e foram encaminhados a uma nova terapeuta ocupacional.

### **Entrevista inicial**

A entrevista inicial contou com a participação do pai e da mãe. A mãe relatou que a criança nasceu com 30 semanas de gestação, permanecendo internada na unidade de tratamento intensivo por 40 dias, com necessidade de ventilação mecânica durante os 20 primeiros dias de vida. O pai descreveu que a criança iniciou atendimentos de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia) a partir dos 5 meses de vida, quando o pediatra e os pais observaram que a criança não era capaz de sustentar a cabeça e o tronco na posição sentada.

A mãe relatou que, embora a criança apresentasse atraso na aquisição de marcos motores desde o segundo trimestre de vida, ela demonstrava interesse por pessoas e brinquedos, localizava objetos e sons nas diferentes direções e acalmava-se ao ouvir a voz dos pais. Desde cedo, iniciou-se a rotina de atendimentos da criança, sendo que a mãe deixou suas atividades de trabalho fora de casa para responsabilizar-se pela rotina de cuidados à criança.

Ambos os pais têm escolaridade elevada (curso superior completo), mas como o pai é o único provedor de renda, está preocupado com o impacto financeiro relacionado à necessidade de atendimentos especializados para a criança em longo prazo. Nos primeiros anos de vida da criança, a família contou com a colaboração dos avós nos cuidados à criança. Entretanto, frente à mudança de cidade, os pais estão encontrando dificuldades na estruturação da nova rotina familiar. Além disso, a criança foi matriculada em uma nova escola e está em fase de adaptação.

### **Observação inicial da criança**

Enquanto os pais contavam sobre a história da criança, ela ficou junto com a avó materna, explorando livremente os recursos e brinquedos na sala da terapeuta. Foi possível observar que a criança é capaz de deambular sozinha, sem necessidade de equipamentos ou auxílio, mas apresentou dificuldade em andar em superfícies irregulares. Os pais relataram que a criança necessita de apoio do corrimão para fazer uso de escadas. Segundo o Sistema

de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) (53, 66), a criança pode ser classificada em nível II (anda em ambientes internos e externos, mas com redução na velocidade).

Durante o brincar com a avó, a criança se mostrou bastante comunicativa e interessada no ambiente, escolhendo boneca e brinquedos de casinha (fogão, panelas e alimentos plásticos), engajando-se, espontaneamente, em uma atividade de faz de conta. A criança manuseou a maioria dos objetos de forma independente, apresentando certa lentidão e dificuldade para apreender objetos de tamanho pequeno, como bolinhas de gude ou botões. Em alguns momentos, ela estabilizava os objetos próximo ao corpo para que não caíssem de sua mão. Após observação da criança na atividade e entrevista com os pais, as habilidades manuais da criança, de acordo com o Sistema de Classificação da Habilidade Manual (MACS) (26, 67), são condizentes ao nível II (manuseia objetos de forma independente, com precisão ou velocidade reduzidas).

### **Aplicação de testes padronizados**

Após a entrevista inicial para conhecimento do histórico ocupacional e considerando a nova rotina da criança, a terapeuta ocupacional optou por utilizar a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) para compreender as principais demandas funcionais da criança, sob a perspectiva dos pais. A Tabela 1 aponta os resultados da COPM.

Foi possível constatar que os escores de desempenho da criança nas atividades prioritárias, na perspectiva dos pais, eram superiores aos escores de satisfação com o desempenho da criança. Durante esse momento, a terapeuta observou que o pai comparava o desempenho da criança com a de uma criança com desenvolvimento típico, enquanto a mãe trazia considerações sobre os avanços apresentados pela filha ao longo do desenvolvimento. A maioria das atividades apontadas estava relacionada às atividades de autocuidado. A terapeuta optou, então, por aplicar as escalas de habilidades funcionais e assistência do cuidador em autocuidado do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) à mãe da criança. Os escores das escalas de autocuidado (habilidades funcionais e assistência do cuidador) estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 1. Demandas funcionais e percepção de desempenho e satisfação com o desempenho da criança, reportados pelos pais da criança na COPM.

<b>Demandas funcionais reportadas pelos pais na COPM</b>	<b>Escore de desempenho</b>	<b>Escore de satisfação</b>
Retirar calças	05	01
Usar colher, sem derramar, durante as refeições	06	02
Vestir calças	04	01
Usar o lápis para colorir dentro dos limites do desenho	05	05
Limpar-se sozinha após evacuar	01	01
	Média = 4,2	Média = 2,0

Tabela 2. Escores da criança nas escalas de habilidades funcionais e assistência do cuidador em autocuidado, mensurados no teste PEDI.

	<b>Escore Bruto</b>	<b>Escore Normativo</b>	<b>Escore Contínuo</b>
Habilidades funcionais de autocuidado	48	23,7	62,32
Assistência do cuidador em autocuidado	19	33,4	62,12

Nos mapas de itens é possível observar que as principais dificuldades em habilidades funcionais de autocuidado estão relacionadas a: alimentação (uso da colher e uso do copo com uma mão), higiene pessoal (pentear cabelos), vestir-se (retirar calças com elástico) e toalete (ir ao banheiro sozinha para evacuar) (Figura 1). No que se refere à assistência do cuidador nessas tarefas (Figura 2), a criança recebe assistência excessiva para vestir membros inferiores, em higiene pessoal e banho.

As informações advindas da entrevista e da observação inicial, demandas funcionais apontadas pelos pais na COPM e o contínuo de habilidades funcionais e assistência do cuidador do teste PEDI permitiram o entendimento do perfil ocupacional da criança. Todas as informações foram apresentadas aos pais, e, em processo colaborativo e informado com ambos, foram selecionadas possíveis prioridades funcionais relevantes para a família e passíveis de intervenção de terapia ocupacional. Após discussão, os pais selecionaram a atividade de despir e vestir calças e o uso da colher na alimentação como atividades prioritárias.

#### **Visita domiciliar: observação da criança em atividade**

A terapeuta, então, optou por realizar uma visita na casa da criança para observar o desempenho ocupacional nas duas atividades (vestir membros inferiores e uso da colher na alimentação). Durante esse momento, a terapeuta pediu à mãe e à criança que realizassem as atividades da maneira que elas geralmente faziam no dia a dia.

#### **Observação da criança: vestir calça**

A atividade de vestir-se foi realizada no quarto da criança, que estava sentada na cama, sem apoiar os pés no chão e sem apoio no tronco. Durante a realização da atividade, a criança apresentou conhecimento em relação às etapas da tarefa de vestir e despir calças, bem como foi capaz de diferenciar frente e traseira das vestimentas. Ao retirar a calça, a criança foi capaz de posicionar-se de pé e descer a calça até os joelhos, mas teve dificuldade de retirar a calça na perna, devido ao uso de tutor curto. Ao perceber a dificuldade da filha, a mãe prontamente interveio e realizou a tarefa para a criança,

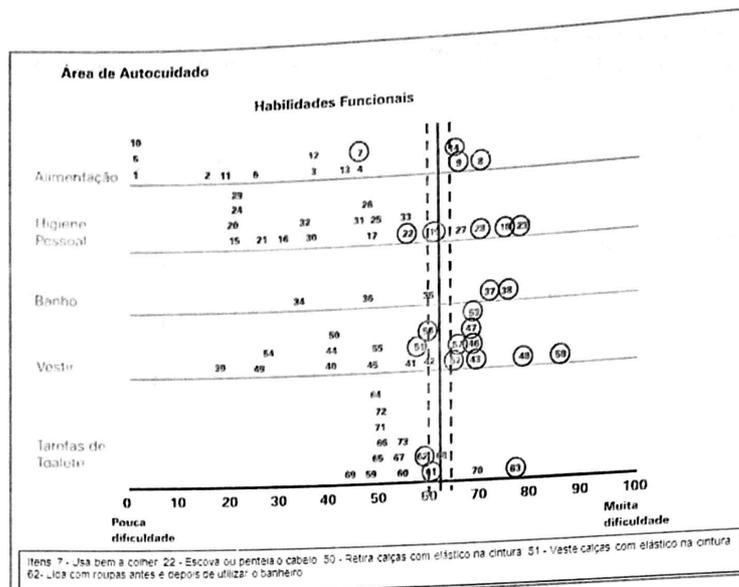


Figura 1. Mapa de itens de habilidades funcionais em autocuidado do teste PEDI.

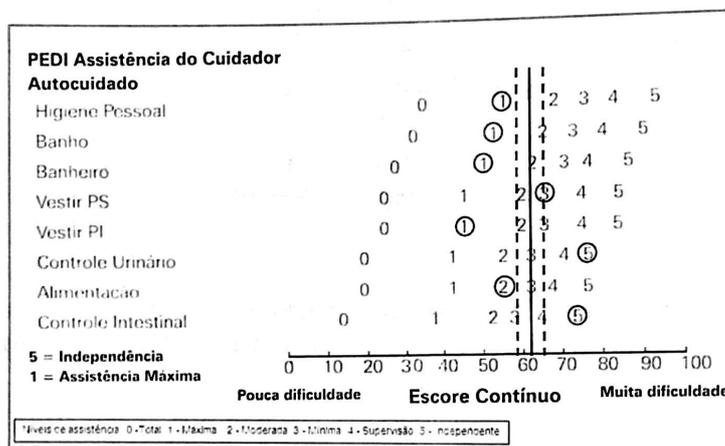


Figura 2. Mapa de itens de assistência do cuidador em autocuidado do teste PEDI.

colocando-a deitada na cama e finalizando a atividade. Para vestir-se, a criança iniciou a atividade na posição deitada e teve dificuldade para alcançar os pés. Como não teve sucesso, sentou-se à beira da cama, mas desequilibrou-se. A mãe interveio, segurando a criança, colocando-a deitada e vestindo-a. Laura começou a chorar, queixando-se que queria realizar a atividade sozinha. A mãe relatou que, no dia anterior, a criança tinha tido dificuldade de retirar a calça na escola para usar o banheiro e que a professora teve que intervir fisicamente, despidendo a criança, para que Laura fizesse uso do banheiro a tempo.

#### Observação da criança: uso da colher na alimentação

A criança permaneceu sentada à mesa, junto com sua mãe, no horário do almoço. A televisão

estava ligada e a criança estava de frente para o aparelho. Observou-se que Laura estava sentada em uma cadeira alta e teve dificuldade de apoiar o antebraço na mesa, sendo que o prato estava no nível do queixo da criança. A mãe, então, colocou uma almofada macia no assento, o que facilitou o acesso da criança ao prato. Entretanto, com essa adaptação, a criança se sentiu insegura e teve dificuldade de controlar o tronco, usando os antebraços para manter seu equilíbrio sentada, o que dificultou a manuseio da colher. Além disso, embora a criança apresentasse conhecimento sobre o sequenciamento das etapas da atividade, sendo capaz de colocar o alimento na colher e levá-lo à boca sem dificuldade, ela se distraía a todo o momento com os programas que estavam sendo apresentados na televisão. Com isso, a atividade durou mais de 40 minutos, e parte da

comida caiu do prato, o que incomodou a mãe. A mãe reportou que, nos dias em que a criança frequenta escola, ela opta por oferecer os alimentos na boca da criança, pois não há tempo suficiente para a criança alimentar-se de forma independente.

### Discussão dos resultados da avaliação

O processo de avaliação de Laura envolveu diferentes fontes de informação. Na entrevista dos pais, foi possível conhecer o histórico da criança, a dinâmica familiar e as expectativas dos pais acerca do desempenho da criança e do processo de reabilitação.

O delineamento do perfil funcional da criança, feito por meio da aplicação dos testes COPM e PEDI, evidenciou que as suas principais demandas funcionais, sob a perspectiva de seus cuidadores, estavam relacionadas às tarefas de cuidados pessoais (alimentação e vestir). A observação da criança no desempenho dessas tarefas permitiu a análise do desempenho ocupacional de Laura.

Com relação à tarefa de vestir-se, observou-se dificuldade na manutenção da postura sentada e nas transferências de pé para sentada, dificuldade em alcançar os pés e em lidar com os tutores, inadequação do espaço físico (por exemplo, cama alta) para a realização da atividade e percepção de incômodo da criança frente à provisão de auxílio excessivo da

mãe. Entretanto, fatores que podiam contribuir positivamente para o engajamento da criança nessa atividade estavam relacionados ao conhecimento da criança acerca das etapas e capacidade de iniciar a tarefa (por exemplo, era capaz de iniciar a tarefa de despir-se) e ao desejo, da criança e dos pais, que a criança realizasse a atividade com melhor desempenho.

No que se refere ao uso da colher na alimentação, observou-se que a inadequação do espaço físico (por exemplo, cadeira alta, uso de almofada macia, televisão ligada durante a realização da atividade) era elemento que influenciava negativamente no desempenho da criança. A provisão de assistência excessiva da mãe (fazer pela criança) também era um fator que restringia as oportunidades de prática e consequente desempenho eficiente da criança.

### Objetivos e plano de intervenção

A partir da síntese e interpretação das informações obtidas no processo de avaliação, os seguintes objetivos de intervenção foram elaborados pela terapeuta ocupacional, em conjunto com os pais: (1) favorecer a participação da criança na atividade de despir membros inferiores, e (2) aprimorar o desempenho da criança no uso da colher durante a alimentação. O plano de intervenção para o alcance dos objetivos reportados está descrito na Tabela 3.

Tabela 3. Principais objetivos e propostas para o plano de intervenção da criança.

Objetivos de intervenção	Plano de intervenção
Favorecer a participação da criança na atividade de despir membros inferiores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Treino de despir membros inferiores, com graduação progressiva da dificuldade da tarefa, iniciando com calças mais largas e mais fáceis de serem retiradas, progredindo para calças com diferentes tecidos.</li> <li>- Propor que a atividade seja realizada em uma cadeira com encosto e altura apropriados ao tamanho da criança, para que ela seja capaz de apoiar pés no chão e tronco no encosto.</li> <li>- Orientar os pais, durante os atendimentos de terapia ocupacional, a diminuir a quantidade de assistência oferecida durante a atividade em casa, dando preferência ao encorajamento verbal ou assistência física pontual (por exemplo, auxílio com o tutor), em vez de fornecimento de assistência física contínua.</li> </ul>
Aprimorar o desempenho da criança no uso da colher durante a alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confeccionar assento com encosto a ser acoplado à cadeira da sala de jantar da família, ajustando sua altura para permitir o uso livre das extremidades superiores.</li> <li>- Propor uso de banco para que a criança possa apoiar os pés, quando sentada na cadeira durante a alimentação.</li> <li>- Orientar os pais com relação a organização do ambiente físico, livre de distrações (por exemplo, televisão desligada), para favorecer o envolvimento da criança durante a alimentação.</li> <li>- Rever, junto aos pais, a rotina para início das refeições, de forma que a criança tenha tempo suficiente para realizar a atividade de maneira independente.</li> </ul>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de avaliação deve ser específico e adequado ao cliente, de tal forma que possa identificar as suas prioridades e definir os resultados desejados que são importantes para o seu envolvimento em ocupações que apoiam a participação nos contextos de vida, sob a orientação do terapeuta ocupacional. A valorização e o respeito às informações coletadas sobre o perfil e o desempenho ocupacional de crianças e jovens com deficiência é essencial para garantir o envolvimento de toda a família no processo terapêutico. Os clientes devem se envolver diretamente no processo de avaliação, identificando as ocupações que dão sentido às suas vidas e selecionando as metas e prioridades importantes para eles. Tal envolvimento poderá garantir programas de intervenção que sejam centrados no cliente e promover sua adesão.

## REFERÊNCIAS

1. Almohalha L. Tradução, adaptação cultural e validação do Infant Sensory Profile 2 e do Toddler Sensory Profile 2 para crianças brasileiras de 0 a 35 meses [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2018.
2. Amaral M, Paula RL, Drummond AF, Dunn L, Mancini MC. Tradução do questionário Children Helping Out – Responsibilities, Expectations and Supports (CHORES) para o português - Brasil: equivalências semântica, idiomática, conceitual, experiencial e administração em crianças e adolescentes normais e com paralisia cerebral. *Rev Bras Fisioter.* 2012; 16(6):515-22.
3. American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process. 3. ed. *Am J Occup Ther.* 2014; 68(Suppl. 1):S1-S48.
4. American Occupational Therapy Association (AOTA). Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. 3. ed. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015; 26(ed. esp.):1-49.
5. Asher IE, editor. Occupational Therapy Assessment tools: an annotated index. 3. ed. Bethesda: AOTA Press; 2007.
6. Asher IE, editor. Asher's occupational therapy assessment tools. 4. ed. Bethesda: AOTA Press; 2014.
7. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia.* 2012; 22(53):423-32.
8. Boyd RN, Hays RM. Outcome measurement of effectiveness of botulinum toxin type A in children with cerebral palsy: an ICDH-2 approach. *Eur J Neurol.* 2001; 8(Suppl 5):167-77.
9. Brandão M, Freitas R, Oliveira R, Figueiredo P, Mancini M. Tradução e adequação cultural do Children's Hand-Use Experience Questionnaire (CHEQ) para crianças e adolescentes brasileiros. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2016; 27(3):236-45.
10. Brandão MB, Mancini MC. Avaliação funcional de crianças com disfunções neuromotoras: o uso de instrumentos estandardizados na clínica da terapia ocupacional. *Anais do 10º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional;* 2007, Goiânia, Brasil. Goiânia: Editora Kelps; 2007.
11. Bundy A. Evidence to practice commentary: beware the traps of play assessment. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2010; 30(2):98-100.
12. Caçola PM, Gabbard C, Montebelo MI, Santos DCC. Further development and validation of the Affordances in the Home Environment for Motor Development Infant Scale (AHEMD-IS). *Phys Ther.* 2015; 95(6):901-23.
13. Caçola PM, Gabbard C, Montebelo MI, Santos DCC. The new affordances in the home environment for motor development - infant scale (AHEMD-IS): Versions in English and Portuguese languages. *Braz J Phys Ther [Internet].* 2015 [cited 2019 Apr 08]; 19(6):507-25.
14. Caçola PM, Gabbard C, Santos DCC, Batistela AC. Development of the affordances in the home environment for motor development - infant scale. *Pediatr Int.* 2011; 53(6):820-5.
15. Caldas ASC, Facundes VLD, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2011; 22(3):238-44.
16. Charman T, Howlin O. Research into early intervention for children with autism and related disorders: methodological and design issues. *Autism.* 2003; 7(2):217-25.
17. College of Occupational Therapists. Measuring outcomes. London: COT; 2012.
18. College of Occupational Therapists [internet]. Occupational therapists' use of standardized outcome measures. 2013 [cited 2019 Apr 08]. Available from: <https://www.rcot.co.uk/file/416/download?token=1fmE4xvY>.
19. Coster WJ. Occupation-centered assessment of children. *Am J Occup Ther.* 1998; 52(5):337-44.
20. Coster WJ, Haley SM. Conceptualization and measurement of disablement in infants and young children. *Infant Young Child.* 1992; 4(4):11-22.
21. Coster WJ, Mancini M. Recomendações para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos para a pesquisa e a prática em terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015; 26(1):50-7.
22. Creek J. Occupational therapy defined as a complex intervention. London: College of Occupational Therapists; 2003.

23. Dunn L. Validation of the CHORES: a measure of school-aged children's participation in household tasks. *Scand J Occup Ther.* 2004; 11(4):179-90.
24. Dunn W. Assessment of sensorimotor and perceptual development. In: Nuttall EV, Romero I, Kalesnik J, editors. *Assessing and screening preschoolers: psychological and educational dimensions.* Boston: Allyn & Bacon; 1999. p. 240-61.
25. Dunn W. *Sensory profile 2: user's manual.* San Antonio: NCS Pearson; 2014.
26. Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neurol.* 2006; 48(7):549-54.
27. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring a consensus. *J Clin Epidemiol.* 2015; 68(4):435-42.
28. Ferland F. *Le modèle ludique- le jeu, l'enfant avec déficience physique et l'ergothérapie.* Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1994.3
29. Fisher AG, Short-Degraff M. Nationally speaking: improving functional assessment in occupational therapy - recommendations and philosophy for change. *Am J Occup Ther.* 1993; 47(3):199-201.
30. Guillemin F, Bombardier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 2002; 25(24):3186-91.
31. Hagedorn, R. *Ferramentas para a prática em Terapia Ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais.* São Paulo: Roca; 2007.
32. Haley SM, Coster WJ, Dumas HM, Fragala-Pinkham MA, Moed R. *PEDI-CAT: development, standardization and administration manual.* Boston: Boston University; 2012.
33. Hanna SE, Bartlett DJ, Rivard LM, Russell DJ. Reference curves for the gross motor function measure: percentiles for clinical description and tracking over time among children with cerebral palsy. *Phys Ther.* 2008; 88(5):596-607.
34. Knox SH. Development and current use of the Knox Preschool Play Scale. In: Parham LD, Fazio LS, editors. *Play in Occupational Therapy for children.* St. Louis: Elsevier / Mosby; 1997. p. 35-51.
35. Knox SH. Desenvolvimento e uso corrente da Escala Lúdica Pré-escolar de Knox. In: Parham LD, Fazio LS, editores. *Recreação na terapia ocupacional pediátrica.* São Paulo: Livraria Santos Editora; 2000. p. 35-51.
36. Laver-Fawcett A. *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists.* Chichester: John Wiley; 2007.
37. Law M, Baptiste S, Carswell A. *COPM 5th Edition: Canadian Occupational Performance Measure.* Idstein: Schulz-Kirchner; 2015.
38. Law M, Baum C, Dunn W. *Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy.* Thorofare: Slack; 2005.
39. Law M, McColl MA. *Interventions, effects and outcomes in occupational therapy.* Thorofare: Slack; 2010.
40. Lucisano RV. *Validade da versão brasileira da Avaliação do Brincar de Faz de Conta Iniciado pela Criança (ChIPPA) - para crianças de três anos de idade [Dissertação].* Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2016.
41. Magalhães LC, Magalhães LV, Cardoso AA. Apresentação. In: Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).* Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. p. 11.
42. Mancini MC. *Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada.* Belo Horizonte: UFMG; 2005.
43. Mancini MC, Coelho ZAC. Raciocínio clínico em Terapia Ocupacional. In: Drummond AF, Rezende MB, organizadores. *Intervenções em terapia ocupacional.* Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008. p. 13-24.
44. Mancini MC, Coster WJ, Amaral MF, Avelar BS, Freitas R, Sampaio RF. New version of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-CAT): translation, cultural adaptation to Brazil and analyses of psychometric properties. *Braz J Phys Ther.* 2016; 20(6):561-70.
45. Marois P, Marois M, Pouliot-Laforte A, Vanasse M, Lambert J, Ballaz L. Gross motor function measure evolution ratio: use as a control for natural progression in cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016; 97(5):807-14.
46. Mathiowetz V. Role of physical performance component evaluations in occupational therapy functional assessment. *Am J Occup Ther.* 1993; 47(3):225-30.
47. Michaelis [Internet]. *Dicionário.* 2019 [citado 2019 abr 06]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br>.
48. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2014.
49. Missiuna C, Pollock N, Law M. *Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS).* San Antonio: Psychological Corporation; 2004.
50. Missiuna C, Pollock N, Law M, Walter S, Cavey N. Examination of the perceived efficacy and goal setting system (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. *Am J Occup Ther.* 2006; 60(2):204-14.
51. NCS Pearson. *Research translation license agreement.* Bloomington: NCS Pearson, Inc.; 2016. (Pearson 10553-U/Universidade de São Paulo).
52. Pacciullo AM, Pfeifer LI, Santos JLF. Preliminary reliability and repeatability of the Brazilian version of the Revised Knox Preschool Play Scale. *Occup Ther Int.* 2010; 17(2):74-80.

53. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised gross motor function classification system. *Dev Med Child Neurol*. 2008; 50(10):744-50.
54. Pasculli AG, Hiraga CY, Pellegrini, AM. Tradução transcultural do Minnesota Handwriting Assessment para o contexto brasileiro. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2017; 25(1):95-104.
55. Pedretti LW, Early MB. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. São Paulo: Roca; 2004.
56. Pfeifer LI, Queiroz MA, Santos JL, Stagnitti K. Cross-cultural adaptation and reliability of Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChiPPA). *Can J Occup Ther*. 2011; 78(3):187-95.
57. Reisman J. *Minnesota handwriting assessment manual*. San Antonio: Harcourt Assessment; 1999.
58. Richardson KP. Use of standardized tests in pediatric practice. In: Case-Smith J, editor. *Occupational therapy for children*. St Louis: Mosby; 2005. p. 217-45.
59. Rocha EF, Brunello MIB. Avaliação qualitativa em Terapia Ocupacional: princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 44-8.
60. Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *JAMA*. 2002; 288(11):1357-63.
61. Ruggio CIB, Missiuna C, Costa SA, Araújo CRS, Magalhães LC. Validity and reliability of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) for Brazilian children. *Cad Bras Ter Ocup [Internet]*. 2018 [citado 2019 abr 08]; 26(4):828-836. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102018000400828&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000400828&lng=pt&nrm=iso).
62. Sames KM. *Documenting occupational therapy practice*. 3. ed. Boston: Pearson; 2015.
63. Sant'Anna MMM, organizadora. Instrumentos de avaliação do modelo lúdico para criança com deficiência física (EIP - ACL): manual da versão brasileira adaptada [internet]. São Carlos: ABPEE/M&M; 2015 [citado 2018 maio 12]. Disponível em: [http://leptoi.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/Instrumentos\\_Avaliacao\\_ModeloLudico-5.pdf](http://leptoi.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/Instrumentos_Avaliacao_ModeloLudico-5.pdf).
64. Sant'Anna MMM, Blacovi-Assis SM, Magalhães LC. Adaptação transcultural dos protocolos de avaliação do Modelo Lúdico. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2008; 19(1):34-47.
65. Sarmiento VP. Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da medida de independência funcional para crianças (Wee FIM) [Dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2014.
66. Silva DBR, Pfeifer LI, Funayama CAR. Sistema de classificação da função motora grossa ampliado e revisto (GMFCS E & R) [internet]. 2010 [citado 2018 maio 12]. Disponível em: [https://www.canchild.ca/system/te-non/assets/attachments/000/000/075/original/GMFCSER\\_Translation-Portuguese2.pdf](https://www.canchild.ca/system/te-non/assets/attachments/000/000/075/original/GMFCSER_Translation-Portuguese2.pdf).
67. Silva DBR, Pfeifer LI, Funayama CAR. Sistema de classificação da habilidade manual para crianças e adolescentes com paralisia cerebral 4-18 anos (MACS) [internet]. 2010 [citado 2018 maio 12]. Disponível em: [http://www.macs.nu/files/MACS\\_Portuguese-Brazil\\_2010.pdf](http://www.macs.nu/files/MACS_Portuguese-Brazil_2010.pdf).
68. Sköld A, Hermansson LN, Krumlinde-Sundholm L, Eliasson A. Development and evidence of validity for the Children's Hand-use Experience Questionnaire (CHEQ). *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53(5):436-42.
69. Sposito AM, Santos J, Pfeifer LI. Validation of the revised Knox preschool play scale for the Brazilian population. *Occup Ther Int J*. 2019; (2):1-5.
70. Stagnitti K. *Child-initiated pretend play assessment*. Melbourne: Co-ordinates Therapy Publications; 2007.
71. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF Model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*. 2002; 82(11):1098-107.
72. Stewart KB. Purposes, processes, and methods of evaluation. In: Case-Smith J, editor. *Occupational therapy for children*. St Louis: Mosby; 2005. p. 193-216.
73. Trombly C. Anticipating the future: assessment of occupational function. *Am J Occup Ther*. 1993; 47(3):253-7.
74. University of Washington, University of Texas Southwestern, Johns Hopkins University, Galveston Shriners Burns Hospital. *NIDRR model systems for burn injury rehabilitation child facts, figures and selected outcomes*. Denver: University of Colorado, Health Sciences Center; 2006.
75. Unsworth CA. Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures. *Br J Occup Ther*. 2011; 74(5):209.
76. Weinstock-Zlotnick G, Hinojosa J. The issue is: bottom-up or top-down evaluation: is one better than the other? *Am J Occup Ther*. 2004; 58(5):594-9.
77. Wilson EB. *Occupational Therapy for children with special needs*. London: Whurr; 2002.