

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – PPGTO

**Adaptação transcultural e propriedades psicométricas
do “*Occupational Self Assessment*” para a língua portuguesa
do Brasil**

PAULO VINICIUS BRAGA MENDES

São Carlos

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

**Adaptação transcultural e propriedades psicométricas
do “Occupational Self Assessment” para a língua portuguesa
do Brasil**

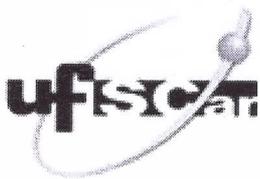
PAULO VINICIUS BRAGA MENDES

Tese apresentada para a obtenção do título de Doutor em Terapia Ocupacional (Área de Concentração: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária) pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz.

SÃO CARLOS-SP

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado do candidato Paulo Vinícius Braga Mendes, realizada em 06/03/2020:

Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

p/

Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz
UFSCar

p/

Profa. Dra. Marcia Maria Pires Camargo Novelli
UNIFESP

Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba
UFSCar

p/

Profa. Dra. Carolina Rebellato
UFRJ

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Daniel Marinho Cezar da Cruz, Marcia Maria Pires Camargo Novelli, Carolina Rebellato e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Prof. Dra. Thelma Simões Matsukura

“Os limites só existem se você os deixar existir”

(Akira Toryama).

Agradecimentos

O processo de doutoramento não foi fácil, enfrentei momentos em que pensei seriamente em desistir, porém graças ao companheirismo de pessoas importantes na minha vida estou defendendo o meu doutorado.

Acredito que a primeira pessoa a quem eu devo agradecer é ao Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz, na qual sem a sua orientação, suporte e encorajamento ao longo dos anos da Pós-Graduação não seria possível a conclusão deste trabalho. Muito obrigado pela compreensão e amizade.

Agradeço também aos meus pais pelo incentivo. Sou o primeiro da minha família a estudar em uma universidade federal, mais ainda, a ingressar em um doutorado. Sem o trabalho árduo de vocês eu não estaria vivendo o sonho de ter me graduado, feito mestrado e estar concluindo o doutorado na profissão que me faz feliz, tudo isso em uma universidade pública.

À Ana, minha companheira, que não me deixou desanimar em nenhum momento de dificuldade.

Agradeço à Profa. Dra. Débora Carrijo, que me deu suporte ao longo das coletas de dados e aos pacientes e alunos de graduação que fizeram parte dessa coleta.

A Profa. Dra. Roseli de Deus Lopes, da Universidade de São Paulo, pela coordenação do projeto: “Rede de cooperação universitária para o ensino, pesquisa, desenvolvimento e inovação em Tecnologia Assistiva”, do qual faço parte como discente e recebi a bolsa de estudos na modalidade de doutorado.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por subsidiar minha bolsa de doutorado.

Por último, mas não menos importante, agradeço ao povo brasileiro por financiar a universidade pública gratuita e universal.

Esta pesquisa vincula-se ao grupo de pesquisa cadastrado no CNPq: “Estudos em Terapia Ocupacional: Ocupação, Reabilitação Física, Tecnologia Assistiva e Funcionalidade” do Laboratório de Análise Funcional e de Ajudas Técnicas- LAFATec, do Departamento de Terapia Ocupacional- DTO, coordenado pelo Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz.

Resumo

Introdução: O instrumento “*Occupational Self Assessment v.2.2*” (OSA) é baseado no Modelo da Ocupação Humana. Este instrumento mensura os construtos da competência ocupacional e valores atribuídos às atividades, segundo as percepções da pessoa, auxiliando na elaboração de objetivos terapêuticos de acordo com a prática centrada no cliente. No Brasil há poucos instrumentos padronizados da terapia ocupacional para utilização. Assim, pesquisas apontam para a necessidade da adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas de instrumentos para a utilização no contexto brasileiro. **Objetivos:** teve-se por objetivos realizar a adaptação transcultural, testar a confiabilidade e examinar a validade de construto do instrumento “*Occupational Self Assessment v.2.2*” para o português do Brasil. Ainda teve-se por propósito verificar relações entre a competência ocupacional e valores, com o nível de independência funcional, qualidade de vida e satisfação com a tecnologia por adultos com deficiências físicas. **Materiais e Métodos:** a adaptação transcultural foi baseada em dois guias internacionais: 1) *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report* e 2) *Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. Por meio dos seguintes passos: 1) Preparação, 2) Tradução, 3) Síntese da Tradução, 4) Retrotradução, 5) Revisão do Comitê de Especialistas, composto por dez profissionais, dentre eles terapeutas ocupacionais, tradutores e retrotradutores e um fisioterapeuta e por fim, 6) Pré-teste, composto de 24 sujeitos divididos em dois grupos: doze pessoas com deficiências e doze estudantes da graduação em terapia ocupacional. Os testes de confiabilidade e validade de construto foram executados por meio de uma amostra de quarenta participantes com deficiências físicas (n=40) que responderam ao OSA em dois momentos distintos, em um intervalo de dez a quatorze dias da primeira administração, para avaliar a confiabilidade no teste-reteste. Foi utilizado o teste de correlação inter-classes como método estatístico para verificar a reprodutibilidade do instrumento. Para o teste da consistência interna foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach*. O instrumento SF-36 foi aplicado para testar a validade de construto da versão brasileira do OSA. Por fim, para identificar relações entre a competência ocupacional e valores medidos pelo OSA, aplicaram-se os instrumentos Medida de Independência Funcional-MIF (para a variável nível de independência funcional), a Avaliação da Satisfação do Usuário com a Tecnologia Assistiva de Quebec -QUEST (para a variável satisfação com a tecnologia) e o SF-36 (para qualidade de vida); os quais foram analisados pelo coeficiente de correlação de *Spearman*. **Resultados:** Após as etapas de tradução, retrotradução, o comitê de especialistas apresentou entre 90-100% de concordância quanto às equivalências do instrumento na versão em Português do Brasil. A versão brasileira do OSA obteve índices satisfatórios para a confiabilidade apresentando índice de 0,84 para a avaliação da competência ocupacional e 0,82 na avaliação dos valores do questionário “OSA – BR – Eu Mesmo”, 0,77 para a avaliação da competência ocupacional e 0,89 para os valores do questionário “OSA – BR – Meu Ambiente”, no teste de correlação inter-classes para avaliar a estabilidade do instrumento. Para a avaliação da consistência interna a versão brasileira do OSA – BR obteve índice de 0,86 para a avaliação da competência ocupacional e 0,88 para a avaliação dos valores no questionário “OSA – BR – Eu Mesmo”, obteve também 0,73 na avaliação da competência ocupacional e 0,85 na avaliação dos valores no questionário “OSA – BR – Meu Ambiente”. A avaliação da competência ocupacional do questionário “OSA – BR – Eu Mesmo” possui correlação significativa com o instrumento SF-36, apresentando correlação com os domínios “Limitação por aspectos

físicos ($p=0,001/0,506$), “Estado geral de saúde” ($p=0,01/0,394$), “Vitalidade” ($p=0,002/0,470$), “Aspectos sociais” ($p=0,003/0,454$), “Limitações por aspectos emocionais” ($p=0,02/0,367$) e “Saúde Mental” ($p=0,001/0,490$), apresenta também correlação significativa ($p=0,006/0,423$) entre a avaliação da competência ocupacional do questionário “OSA – BR – Meu Ambiente” e o domínio de “Saúde Mental” do SF-36, o que demonstra a sua validade de construto. Foi encontrada correlação significativa entre a competência ocupacional da escala “OSA-BR – Eu Mesmo” e a MIF ($p=0,02/0,364$). Não houve correlação significativa dessa escala com a QUEST. **Conclusão:** O instrumento foi traduzido e possui boas propriedades psicométricas para ser utilizado no Brasil com pessoas com deficiências físicas. Por meio da metodologia adotada neste estudo foi possível dar origem ao instrumento “Autoavaliação Ocupacional – Brasil”.

Palavras-chaves: Adaptação Transcultural, Terapia Ocupacional, Avaliação, Modelo da Ocupação Humana.

Abstract

Introduction: The instrument “Occupational Self Assessment v.2.2” (OSA) is based on the Model of Human Occupation. This instrument measures the constructs of occupational competence and values attributed to activities, according to the person's perceptions, assisting in the development of therapeutic objectives according to the client-centered practice. In Brazil, there are few standardized occupational therapy instruments for use. Thus, research points to the need for cross-cultural adaptation and assessment of the psychometric properties of instruments for use in the Brazilian context. **Objectives:** the objectives were to carry out cross-cultural adaptation, test reliability and examine the construct validity of the “Occupational Self Assessment v.2.2” instrument for Brazilian Portuguese. **Materials and Methods:** the cross-cultural adaptation was based on two international guides: 1) *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report* e 2) *Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*. Through the following steps: 1) Preparation, 2) Translation, 3) Translation Synthesis, 4) Back-translation, 5) Expert Committee Review, composed of ten professionals, among them occupational therapists, translators and back-translators and a physiotherapist and finally, 6) Pre-test, composed of 24 subjects divided into two groups: twelve people with disabilities and twelve undergraduate students in occupational therapy. The reliability and construct validity tests were performed using a sample of forty ($n = 40$) participants with physical disabilities who responded to the OSA at two different times, within an interval of ten to fourteen days from the first administration, to assess the test-retest reliability. The interclass correlation test was used as a statistical method to verify the reproducibility of the instrument. For the internal consistency test, Cronbach's alpha coefficient was calculated. The SF-36 instrument was applied to test the construct validity of the Brazilian version of OSA. Finally, to identify relationships between occupational competence and values measured by the OSA, the instruments Functional Independence Measure (FIM) (for the variable of functional independence level), the User Satisfaction Assessment with Quebec Assistive Technology - QUEST (for the variable of satisfaction with technology) and SF-36 (for variable of quality of life); which were analyzed by Spearman's correlation coefficient. **Results:** After the stages of translation, back-translation, the committee of experts presented between 90-100% of agreement regarding the equivalences of the instrument in the Brazilian Portuguese version. The Brazilian version of the OSA obtained satisfactory indices for reliability, with an index of 0.84 for the evaluation of occupational competence and 0.82 for the evaluation of the values of the questionnaire "OSA - BR – Myself", 0.77 for the evaluation of competence occupational and 0.89 for the values of the questionnaire “OSA - BR – My Environment”, in the inter-class correlation test to assess the stability of the instrument. For the evaluation of internal consistency, the Brazilian version of OSA - BR obtained an index of 0.86 for the assessment of occupational competence and 0.88 for the evaluation of the values in the questionnaire "OSA - BR - Myself", also obtained 0.73 in the evaluation of occupational competence and 0.85 in the evaluation of the values in the questionnaire "OSA - BR – My Environment". The assessment of occupational competence of the questionnaire "OSA - BR - Eu Myself" has a significant correlation

with the SF-36 instrument, showing a correlation with the domains "Limitation due to physical aspects ($p = 0.001 / 0.506$)," General health status "($p = 0.01 / 0.394$), "Vitality" ($p = 0.002 / 0.470$), "Social aspects" ($p = 0.003 / 0.454$), "Limitations due to emotional aspects" ($p = 0.02 / 0.367$) and "Health Mental "($p = 0.001 / 0.490$), also presents a significant correlation ($p = 0.006 / 0.423$) between the occupational competence assessment of the " OSA - BR – My Environment" questionnaire and the SF-36 domain of "Mental Health", which demonstrates its construct validity. A significant correlation was found between the occupational competence of the "OSA-BR - Eu Myself" scale and the FIM ($p = 0.02 / 0.364$). There was no significant correlation between this scale and QUEST. **Conclusion:** The instrument has been translated and has good psychometric properties for use in Brazil with people with physical disabilities. Through the methodology adopted in this study, it was possible to give rise to the instrument "Occupational Self-Assessment - Brazil".

Keywords: Cross Cultural Adaptation, Occupational Therapy, Evaluation, Model of Human Occupation.

Lista de Figuras

Figura 1: O Processo de adaptação ocupacional	13
Figura 2: Os quatro elementos do Modelo da Ocupação Humana- MOH.....	14
Figura 3: Trecho do OSA, exemplificando o sistema de avaliação.	25
Figura 4: Competência e valor no OSA.	28
Figura 5: Representação das etapas recomendadas na adaptação transcultural	46
Figura 6: Autoavaliação Ocupacional – Eu Mesmo.....	71
Figura 7: Auto Avaliação Ocupacional – Eu Mesmo (Continuação)	72
Figura 8: Auto Avaliação Ocupacional – Meu Ambiente.....	73
Figura 9: Instrumento Autoavaliação Ocupacional – OSA - Brasil - Eu Mesmo	83

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados de caracterização do comitê de especialistas.....	67
Tabela 2: Análise dada pelos especialistas no OSA-Myself	68
Tabela 3: Sugestão de correção e concordância final entre os especialistas para o instrumento OSA-“Myself”	69
Tabela 4: Análise das respostas dos especialistas para o instrumento OSA- “My Environment”	69
Tabela 5: Sugestão de correção e concordância final entre os especialistas para o instrumento OSA-“My Environment”	70
Tabela 6: Pontuação obtida no MEEM pelo grupo de pessoas com sequelas neurológicas centrais.	74
Tabela 7: Dados demográficos da amostra.....	75
Tabela 8: Escolaridade da amostra do Grupo 1	76
Tabela 9: Queixa principal amostra dos participantes Grupo 1	76
Tabela 10: Pontuações do instrumento OSA-BR – Mesmo	77
Tabela 11: Scores do instrumento OSA-BR – Meu Ambiente.....	78
Tabela 12: Correlação entre OSA-B – Eu Mesmo e OSA-B – Meu Ambiente do Grupo 1:.....	79
Tabela 13: Correlação entre a volição e valores do instrumento OSA-B – MA do Grupo 2	79
Tabela 14: Opinião dos participantes sobre os instrumentos OSA-BR – EM e OSA-BR – MA.....	81
Tabela 15: Tipo e distribuição de uso de Dispositivos assistivos	85
Tabela 16: Análise do teste-reteste do instrumento OSA-BR	86
Tabela 17: Coeficiente Alfa de Cronbach para a amostra estudada.....	87
Tabela 18: Correlações entre OSA-BR – Eu mesmo (Competência Ocupacional) e SF-36	88
Tabela 19: Correlações da MIF	89

Lista de Quadros

<i>Quadro 1: Itens avaliados pelo “OSA- Myself” segundo os conceitos do Modelo.....</i>	26
Quadro 2: Itens avaliados pelo “OSA- My Environment” segundo os conceitos do Modelo.....	27
Quadro 3: Discrepâncias entre T1 e T2	59
Quadro 4: Resolução das discrepâncias entre T1 e T2	60
Quadro 5: Discrepância e síntese entre RT1 e RT2	63
Quadro 6: Análise das discrepâncias pelo autor do instrumento	65

Sumário

1. Introdução	1
1.1. Avaliações em Terapia Ocupacional	2
1.2. Modelo da Ocupação Humana	12
1.2.1. Volição	14
1.2.2. Habituação	16
1.2.3. Capacidade de Desempenho	17
1.2.4. O ambiente no Modelo da Ocupação Humana	18
1.2.5. Dimensões do Fazer	19
1.3. Instrumentos de Avaliação do Modelo da Ocupação Humana	20
1.4. Occupational Self Assessment	22
1.5. A utilização do OSA por terapeutas ocupacionais: uma revisão da literatura	29
2. Objetivo Geral	43
3. Hipóteses	44
4. Materiais e métodos	45
4.5.1. Procedimentos para a análise dos dados da Adaptação Transcultural 50	
4.5.2. Pré-teste do OSA	51
4.6. Procedimentos para a Confiabilidade, Validade de Construto do OSA e testes de relação com outras medidas	53
4.6.1. Confiabilidade do OSA	54
4.7. Validação do OSA	54
4.7.1. Validade de Construto	54
4.9. Análise dos dados	58
5. Resultados	59
5.1. Resultados da Adaptação Transcultural	59
5.1.1. Estágio 2: Tradução	59
5.1.2. Estágio 3: Síntese das Traduções	60
5.1.3. Estágio 4: Retrotradução	62

5.1.4.	Estágio 5: Comitê de Especialistas	67
5.2.	Estágio 6: Pré-teste	74
5.2.1.	Dados de Caracterização da Amostra	74
5.2.2.	Dados descritivos da aplicação dos instrumentos.....	77
5.2.3.	Dados de opinião dos participantes referente aos instrumentos OSA- BR – EM e OSA-BR – MA: Validade de face.....	80
5.3.	Resultados da confiabilidade e validade do OSA-BR.....	84
5.3.1.	Dados de caracterização da amostra	84
5.3.2.	Confiabilidade do OSA-BR	86
5.3.3.	Validade construto da OSA-BR	87
5.3.4.	Correlações da OSA-BR com a MIF e QUEST	88
6.	Discussão	90
7.	Conclusão	102
Anexos.....		113
Anexo 1.....		113
Anexo 2.....		116
Apêndice		117
Apêndice 1		117
Apêndice 2		119
Apêndice 3		120
Apêndice 4		122
Apêndice 5		139
Apêndice 6		140
Apêndice 7		142
Apêndice 8		145

Apresentação

Desde quando eu era pequeno sabia que trabalharia com algo que envolvesse “gente”. Para ser mais específico, sempre quis trabalhar com saúde. Fascinava-me ver profissionais de jaleco atendendo pessoas e cuidando de suas necessidades.

Acredito que o que me fez escolher a profissão Terapia Ocupacional não foi por querer trabalhar com saúde, mas sim o fato de ter contato com pessoas com deficiências logo cedo. Lembro-me que meu primeiro contato foi nos primeiros anos do ensino fundamental, quando estudei com um menino que tinha amputação de membro inferior e utilizava uma prótese. Na minha ingenuidade infantil, achava incrível como ele corria com aquela prótese e também como ele a utilizava como um meio de defesa quando sofria *bullying*. À época me envolvi em tentar auxiliá-lo nas atividades em que ele tivesse alguma dificuldade por sua condição física.

Ao longo dos anos, tive contato com mais uma infinidade de pessoas com deficiências, seja na escola ou nas práticas esportivas o que contribuiu para minha escolha profissional no vestibular pela Terapia Ocupacional.

O processo de ser terapeuta ocupacional é dinâmico e envolve mais do que a leitura de artigos e a aplicação de conhecimentos com a clientela atendida. Digo isso, pois na minha trajetória profissional parti da premissa de que eu deveria dominar os conhecimentos que compõem a Terapia Ocupacional para assim tornar-me um bom terapeuta.

Ao longo da minha formação, na UFSCar, me identifiquei com a área da reabilitação física e disfunções sensoriais em Terapia Ocupacional. Aprendi como as questões físicas e sensoriais podem afetar a funcionalidade e a independência de uma pessoa, além das possibilidades de atuação para superar as limitações advindas de uma lesão.

Porém, ao longo da graduação, diversas questões foram surgindo sobre como a atuação do terapeuta ocupacional deveria ser realizada, tanto tecnicamente quanto metodologicamente. Para buscar respostas a essas questões, me vinculei ao Laboratório de Análise Funcional e de Ajudas Técnicas (LAFATec), no qual tive a oportunidade de estudar os impactos da tecnologia assistiva no desempenho ocupacional dos sujeitos, a relação das lesões neurológicas e suas consequências no cotidiano, além da importância do atendimento especializado em terapia da mão e reabilitação do Membro Superior.

O processo de vinculação ao LAFATec foi fundamental em minha formação, tanto no sentido de permitir que as inquietações iniciais fossem sanadas, quanto me instigando a querer me aprofundar nos conhecimentos sobre a profissão. Assim, desenvolvi o Mestrado com o desenvolvimento na avaliação da distribuição da pressão no assento da cadeira de rodas de pessoas com lesão medular, a partir do teste com três diferentes almofadas (MENDES et al., 2019).

Com essa pesquisa, consegui continuar os estudos e ampliar visão referente à Tecnologia Assistiva, mas algo ainda me inquietava: o que eu estava fazendo era Terapia Ocupacional? Meu trabalho tinha relação com a prática da profissão? Como eu poderia correlacionar a minha prática à de outros profissionais?

Com a conclusão do Mestrado tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos sobre cadeira de rodas, funcionalidade na postura sentada e na prevenção de lesões na pele e percebi que aquela prática era potente e importante para aquela população, e principalmente, que a adequada prescrição de uma cadeira de rodas e da almofada para o assento permitiu as pessoas que antes ficavam confinadas no ambiente domiciliar, pudessem ter mais oportunidades para fazer atividades. Alguns até retornaram a trabalhar, tudo em função de uma boa provisão, treinamento e acompanhamento da tecnologia. Mas ainda estava inquieto referente à como poder comparar minha prática com a de outros colegas de profissão e me diferenciar daquilo que os outros profissionais de reabilitação faziam.

Dessa forma, refletindo sobre a minha prática profissional e, resgatando conhecimentos obtidos ao longo das vivências no LAFATec, consegui aliar meu anseio por respostas com o trabalho desenvolvido pelo professor Daniel Cruz e o desenvolvimento de pesquisas com o referencial do Modelo da Ocupação Humana.

Em supervisão ele me orientou a aprofundar meus conhecimentos no Modelo e sugeriu a pensar sobre a adaptação transcultural de um instrumento desse Modelo para o Brasil. Assim, conseguiria compreender o Modelo de Prática mais antigo e duradouro da profissão, além de ter um meio de compartilhar o resultado da minha prática profissional enquanto terapeuta ocupacional, com a de outros colegas utilizando, por exemplo, um instrumento de avaliação padronizada. Essa justificativa me motivou a realizar o presente estudo.

O LAFATec desenvolveu e publicou diversos estudos recentes, centrados em pesquisas que envolvessem a Tecnologia Assistiva e os aspectos relacionados à sua avaliação, a partir da adaptação transcultural de instrumentos e teste de tecnologias que pudessem ter relação com a prática do terapeuta ocupacional (PAULISSO et al., 2020; MENDES et al., 2019; OSSADA et al., 2019; PAULISSO et al., 2019; CAMPOS et al., 2019; GRADIM et al., 2018; KRUTLI et al., 2018).

Tais estudos geraram reflexões sobre a necessidade de se discutir as pesquisas em ciências da reabilitação e contribuições que pudessem agregar a Filosofia da Profissão Terapia Ocupacional, isto é, focadas na ocupação humana. Essa preocupação é uma discussão contemporânea e internacional, a qual relaciona a Ocupação e a Tecnologia. Em estudo recente, Harrant e Bannigan (2016) investigaram a partir de uma revisão crítica, se o recurso do “tilt”¹ no espaço aumentava o engajamento ocupacional. A partir de 170 artigos, seis foram selecionados para análise temática. Nenhum estudo mensurou o engajamento ocupacional de modo que o seu valor terapêutico não pôde ser avaliado. As autoras concluem que dado o custo da provisão desse recurso nas cadeiras de rodas, pesquisas são necessárias para identificar necessidades ocupacionais dos usuários dentro dos limitados recursos da saúde e do serviço social (HARRANT; BANNIGAN, 2016).

Na principal palestra dos 100 anos da Terapia Ocupacional nos Estados Unidos, o Dr. Roger Smith, terapeuta ocupacional, professor e Presidente da *RESNA-Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America*, discutiu o tema Ocupação e Tecnologia. Segundo Smith (2017), durante os 100 anos da Terapia Ocupacional, a profissão se desenvolveu de forma incomensurável em teoria e prática. Em paralelo, a tecnologia teve um papel ativo e como componente central da prática, mas frequentemente era mencionada apenas como um componente adjunto da terapia e como uma especialidade.

Em sua palestra, Smith (2017) propôs uma nova fundamentação teórica na qual a tecnologia é colocada como o coração da terapia ocupacional, uma vez que parte fundamental da ocupação e experiência humana. O autor ainda sugere que para os próximos 100 anos devemos ir a campo testar e definir teorias que alavanquem a

¹ Tipo de estudo já conduzido anteriormente no LAFATec (GRADIM et al., 2018).

tecnologia e o seu papel em melhorar o desempenho ocupacional no futuro (SMITH, 2017).

Dessa forma, o grupo de pesquisa do LAFATec, cadastrado no CNPq, intitulado: “Estudos em Reabilitação Física, Tecnologia Assistiva e Funcionalidade” passou a se chamar “Estudos em Terapia Ocupacional: Ocupação, Reabilitação Física, Tecnologia Assistiva e Funcionalidade” para dar ênfase em estudos que trouxessem a dimensão ocupacional da profissão, sem entretanto, deixar de relacionar às questões tecnológicas na pesquisa aplicada. Esses estudos passaram a relacionar os eixos avaliações focadas em ocupações, pessoas com deficiências físicas e Tecnologia Assistiva² (CRUZ et al., 2019; CARO et al., 2018; CRUZ et al., 2017; MATSUSHIMA et al., 2017).

Nessa direção, cabe esclarecer que a presente tese de doutorado é subvencionada pela CAPES com verba de um projeto no qual o orientador deste trabalho é um dos subcoordenadores, a “Rede de Cooperação Universitária para o ensino, pesquisa, desenvolvimento e inovação em Tecnologia Assistiva”, coordenado pela Profa. Roseli de Deus Lopes, da Universidade de São Paulo. Esse projeto entende que os desafios na área de Tecnologia Assistiva estão na busca de soluções, estudos e ações que visem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, com objetivos que visam à autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social desses grupos populacionais.

Dessa forma, o projeto supracitado tem por objetivo abordar áreas temáticas prioritárias de maneira interdisciplinar e em rede: liderado pelo Centro Interdisciplinar de Tecnologias Interativas da USP; vinculada à Engenharia Elétrica da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (USP), em parceria a Universidade Federal do Pará (UFPA), a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) envolvendo seus respectivos programas de pesquisa e de pós-graduação de diferentes disciplinas, com afinidade direta e geração de conhecimentos sobre Tecnologia Assistiva.

² O Modelo da Ocupação Humana orienta que o trabalho do terapeuta ocupacional seja direcionado pela prática centrada no cliente, na ocupação, no ambiente e no contexto de vida das pessoas (KIELHOFNER, 2008). Dessa forma, é possível relacionar esse Modelo com alguns Modelos teóricos que orientam o processo de prescrição de Tecnologia Assistiva, considerando os fatores inerentes às pessoas e ao ambiente na implementação de recursos assistivos (AJOT - Official Documents, 2016).

Por essas razões, a tese de doutorado tem por propósitos conduzir um estudo que viabilize um instrumento de auto avaliação ocupacional, inexistente no Brasil, e como um desdobramento, que a sua versão brasileira possa gerar dados iniciais e inéditos sobre variáveis importantes na consideração da usabilidade e satisfação com a Tecnologia Assistiva, neste caso; a ocupação, tecnologia, satisfação, independência de usuários com deficiências físicas.

1. Introdução

As avaliações são os primeiros passos do processo de reabilitação conduzido por profissionais da saúde, em que se coletam informações para determinar as potencialidades e as necessidades de um cliente. São também essenciais para determinar a efetividade de um processo terapêutico com uma determinada população (ALOTAIBI; REED; SHABAN NADAR, 2009). Se a avaliação resultar em necessidades passíveis de melhoria, um plano terapêutico adequado deve ser oferecido. Embora o processo evidencie, algo que se naturalizou, há muito que analisar e decidir na definição do processo de reconhecer as demandas para elaborar o processo terapêutico ocupacional para um cliente (MÜLLERSDORF, 2015).

O processo terapêutico de terapia ocupacional pode ser dividido em avaliação, intervenção, resultados e reavaliação. A avaliação inclui o encaminhamento do cliente para a terapia, a triagem, o desenvolvimento de um perfil ocupacional e a análise do desempenho ocupacional. A intervenção inclui o planejamento da intervenção, implementação e revisão dos objetivos e procedimentos adotados. Já o processo do resultado e das reavaliações incluem a medição dos resultados e a tomada de decisões relacionadas à direção futura da intervenção (por exemplo, continuar, modificar ou descontinuar) (O'BRIEN, 2012).

Para obter um panorama sobre as áreas de atuação de terapeutas ocupacionais, uma revisão da literatura em diferentes bases de dados foi conduzida por Müllersdorf (2015). A autora realizou o levantamento sobre artigos publicados em revistas de Terapia Ocupacional e encontrou nas áreas de saúde mental, pediatria e geriatria a maior quantidade de estudos, em especial no que se refere às avaliações que melhor descrevem e atendem às suas necessidades e anseios relacionados ao processo terapêutico ocupacional.

A despeito do processo da intervenção da Terapia Ocupacional ser baseado na avaliação, intervenção, resultados e na reavaliação, o foco desta tese de doutorado se deu no processo de avaliação dos clientes.

O processo de avaliação que os terapeutas utilizam ainda necessita de maior discussão. Seja pelo método de avaliação adotado por eles (observação, entrevista,

utilização de instrumentos), seja pela escolha do Modelo de referência que embasa a atuação. Frente a isso, esta tese tem por objetivo realizar a adaptação transcultural e validação de um instrumento de avaliação para ser utilizado no contexto brasileiro com clientes da Terapia Ocupacional estimando-se que uma medida focada na ocupação e centrada no cliente possa fomentar o pensar em práticas baseadas na ocupação onde os objetivos centram-se nos problemas ocupacionais dos clientes.

Para a adequada atender aos objetivos acima, tornou-se necessário fazer uma revisão teórica de assuntos considerados de suma importância para a compreensão da etapa de uma avaliação que é derivada de uma teoria. Para tanto, nos itens subsequentes serão abordados: o processo de avaliação do cliente; a utilização de um Modelo de Prática como norteador do processo de avaliação; a apresentação do Modelo da Ocupação Humana e o contexto de realização desta tese de doutorado.

1.1. Avaliações em Terapia Ocupacional

Exige-se que os profissionais da saúde, em especial os terapeutas ocupacionais respondam pelas formas que melhorem a eficiência nos atendimentos e tenham documentado os resultados por meio de instrumentos que permitam acompanhar as mudanças dos clientes. Apesar da filosofia central da Terapia Ocupacional direcionar para uma visão holística e uma avaliação centrada na ocupação, os profissionais se rendem à avaliação do nível de incapacidade de seus clientes, oriundo do Modelo Médico centrado. A utilização da abordagem médico centrada estimula que muitos profissionais lancem mão de instrumentos desenvolvidos por outras áreas da saúde e realizem a avaliação somente de aspectos da funcionalidade humana, sem considerar sua integralidade. Apesar da exigência de apresentar resultados palpáveis, deve-se garantir a centralidade na funcionalidade e desempenho ocupacional como proposto pela filosofia da Terapia Ocupacional (CHAPLEAU, 2015).

Uma abordagem que reflete o Modelo Biomédico, em que se inicia a avaliação pelas estruturas corporais e funcionalidade, é a abordagem *Bottom-Up* que utiliza avaliações focadas em estruturas específicas do corpo humano, nas habilidades da pessoa ou dos componentes de desempenho. Destaca-se, entre outros aspectos, que o processo de avaliação realizado em ambiente especializado pode não refletir o contexto de vida real das pessoas (BROWN; CHIEN, 2010).

Em contrapartida, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014) orienta a utilização de uma abordagem *Top-Down* na obtenção de dados durante a avaliação, ou seja, ela se inicia pela construção do perfil ocupacional e análise da sua competência ocupacional da pessoa. Tal abordagem sugere que os terapeutas reconheçam o que as pessoas querem e precisam fazer, em detrimento da aplicação de um instrumento de avaliação direcionado para componentes que limitam o desempenho (HOCKING, 2010). Dessa forma, tem-se uma perspectiva global sobre o cliente e sua participação nos contextos de vida para identificar o que é relevante na intervenção, a partir da perspectiva do cliente (BROWN; CHIEN, 2010).

Assim, o perfil ocupacional incluirá informações sobre as necessidades dos clientes, problemas e preocupações referentes à sua capacidade de desempenho para a participação em ocupações. A análise do desempenho ocupacional utiliza-se da coleta e interpretação de informações para identificar suportes e barreiras e assim detectar possíveis áreas de intervenção (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2014).

O perfil ocupacional é, portanto, resultado da história ocupacional do cliente e de suas experiências, permitindo que o profissional compreenda a perspectiva sobre aquilo que é significativo para ele, como também seu conhecimento pregresso acerca da condição de saúde e interesses que podem colaborar na compreensão dos problemas atuais (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2014).

Durante o processo de avaliação, o cliente, com o auxílio do terapeuta ocupacional, identifica prioridades e resultados desejados que irão direcionar o seu engajamento nas ocupações. O processo é realizado de forma centrada no cliente, pois apenas ele pode dizer o que é significativo em sua vida e que pode ser alvo de mudanças. Valorizar e respeitar esse processo permitirá que o cliente se envolva e possa guiar eficientemente a própria intervenção (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2014).

Os instrumentos de avaliação têm sido utilizados em diferentes países e continentes como nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Europa. No entanto, no Brasil, suas traduções e validações ainda são pouco realizadas e difundidas entre terapeutas ocupacionais, o que pode impactar a qualidade da avaliação e elaboração do plano de trabalho (CHAVES et al., 2010).

A revisão de literatura realizada por Chaves et al., (2010) apontou apenas sete instrumentos validados para língua portuguesa e disponíveis para o uso no Brasil, sendo três deles baseados no Modelo da Ocupação Humana: a Entrevista da História do Desempenho Ocupacional (EHDO) (BENETTON; LANCMAN, 1998); a Auto avaliação do Funcionamento Ocupacional – SAOF (TEDESCO et al., 2010); a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (CORDEIRO et al., 2007). Também foram encontradas as escalas: Escala de Observação Interativa de Terapia Ocupacional – EOITO (OLIVEIRA, 1995); Classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado - (CICAC) (ALMEIDA, 2004); Avaliação da Coordenação e Destreza Motora (ACCORDEM) (MAGALHÃES; NASCIMENTO; REZENDE, 2004) *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment* - (LOTCA) (GAMEIRO; FERREIRA, 2006). Mais recentemente foi realizada a adaptação transcultural e a confiabilidade do instrumento “Identificação da Participação Ocupacional do Modelo de Ocupação Humana – MOHOST - Brasil” (CRUZ et al., 2019).

O reconhecimento do perfil ocupacional do cliente inicia-se desde o primeiro contato entre terapeuta e cliente, mas se refina nos demais contatos. Para aqueles clientes que não são capazes de colaborar nesse processo, a criação do perfil ocupacional pode ser realizado em parceria com familiares, cuidadores ou outras pessoas relevantes em sua rotina (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2014).

Segundo o documento “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo” da Associação Americana de Terapia Ocupacional (2014), o processo de avaliação deve apresentar as seguintes indagações ao avaliar, planejar e implementar uma intervenção em terapia ocupacional:

Por que o cliente está buscando o serviço de Terapia Ocupacional e quais as suas preocupações referentes ao engajamento nas ocupações e atividades da vida diária?

Em quais ocupações o cliente se sente bem-sucedido e quais barreiras afetam o seu sucesso?

Quais aspectos do seu ambiente ou contexto o cliente vê como suporte em atividades desejadas e quais aspectos inibem o engajamento?

Qual é a história ocupacional do cliente?

Quais interesses e valores do cliente?

Quais são seus papéis ocupacionais?

Quais são os padrões de engajamento nas ocupações e como isso se modificou ao longo do tempo?

Quais são as suas prioridades e objetivos relacionados ao desempenho ocupacional, prevenção, participação, competência, bem-estar, qualidade de vida e justiça ocupacional? (p.13).

Ao responder a essas perguntas, o terapeuta ocupacional tem condições de estabelecer hipóteses e possíveis razões para os problemas identificados. Essas razões podem incluir limitações nos componentes de desempenho, nos padrões de desempenho ou barreiras ambientais e contextuais (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2014).

Segundo Law (2005) a avaliação em Terapia Ocupacional inicia-se necessariamente, pela determinação dos papéis realizados anteriormente, prováveis papéis futuros, habilidades e limitações na participação em ocupações e também a análise da satisfação em desempenhar uma determinada tarefa. Realizar a avaliação focada nas ocupações que o cliente faz e pretende fazer está de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde, pois enfatiza o nível de funcionalidade e a participação das pessoas na comunidade, conforme explicitado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (KIELHOFNER, 2008).

A CIF, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fornece uma linguagem comum para diferentes disciplinas descreverem e orientarem a compreensão holística sobre funcionalidade, incapacidade e a deficiência. Foi desenvolvida para servir como uma ferramenta capaz de organizar uma grande variedade de informações sobre condições de saúde, possuindo uma estrutura que permite o seu uso destinado a áreas como educação (STEPHENSON; RICHARDSON, 2008), Saúde (STUCKI et al., 2017), Previdência Social (SANTOS, 2016), Estatística (MADDEN; BUNDY, 2019), e Epidemiologia (ROUQUETTE et al., 2015).

No contexto clínico, a CIF pode ser utilizada para classificar necessidades, combinando intervenções para condições específicas de saúde, avaliação de resultados e medida de reabilitação (EWERT et al., 2004). A classificação, em sua perspectiva

multidimensional, não se relaciona somente às informações sobre o estado físico e psicológico da saúde, como também a situação de vida do indivíduo e seu papel na sociedade, que pode ser influenciado por fatores externos como o ambiente físico, atitudes e comportamentos determinados pela sociedade e políticas sociais. A classificação se constitui como uma ferramenta com capacidade de integrar a informação sobre o cuidado em saúde em uma perspectiva universal (WHO, 2001).

Apesar da CIF auxiliar os profissionais na classificação das estruturas corporais e participação das pessoas, há muitos fatores que devem ser analisados ao realizar avaliações na Terapia Ocupacional, pois se deve considerar primordialmente que o desempenho ocupacional é um resultado da interação de aspectos pessoais, ocupacionais e ambientais onde ocorre (KIELHOFNER, 2008).

Hocking (2010) apresenta que, no processo de avaliação do terapeuta ocupacional não é suficiente o entendimento sobre o desempenho do cliente, mas também de aspectos subjetivos de questões que são importantes para ele. Dessa forma, refletindo os pressupostos da Prática Centrada no Cliente, no processo de avaliação, as pessoas se sentirão mais confortáveis em compartilhar informações, preocupações, desejos, limitações funcionais ou ainda seus planos para o futuro.

Vários métodos podem ser utilizados na avaliação do cliente, do ambiente ou do contexto, da atividade ou do desempenho, podendo incluir entrevistas, observações, análise de prontuários e também a avaliação direta por meio de instrumentos. Selecionar o meio de avaliação adequado é parte do raciocínio profissional e tem um papel chave no planejamento e implementação do tratamento. Os instrumentos de avaliação, no entanto, não devem apenas focar as limitações dos clientes, mas realizar uma análise ampliada acerca da vida do sujeito (ALOTAIBI; REED; SHABAN NADAR, 2009; KIELHOFNER, 2008).

Assim, a criação, por terapeutas ocupacionais, de instrumentos padronizados de avaliação se dá frente à crescente demanda por efetividade na prática clínica e, considerando a necessidade dos serviços da Terapia Ocupacional. Enquanto a prática da profissão tem se expandido para novas áreas de atuação, a relação entre os terapeutas ocupacionais do mundo tem se estreitado, facilitando assim a troca de conhecimento e a comparação da efetividade da prática por meio de escalas padronizadas (CHAPLEAU, 2015).

A prática de terapeutas ocupacionais no mundo tem expandido tanto em número de profissionais quanto em relação aos campos de atuação ou ainda pelos diferentes Modelos que compõem a prática ou a necessidade de validar as mudanças percebidas na/e pela clientela. Dessa forma, justifica-se que, para o terapeuta ocupacional, os últimos anos tenham se caracterizado fortemente pelo desenvolvimento de instrumentos de avaliação que possam permitir visibilidade às mudanças promovidas quantitativamente e qualitativamente na vida da clientela.

A utilização dos termos “escalas”, “questionários”, “medição”, “inventários”, “entrevistas” e “instrumentos”³ de avaliação é presente há bastante tempo no vocabulário de clínicos, pesquisadores e de textos brasileiros publicados por diversas áreas de conhecimento. Apesar da sua frequente aplicação na prática clínica, muitos profissionais acreditam que os instrumentos são recursos úteis para avaliar seus clientes, enquanto outros profissionais não sabem em que momento aplicar e com qual finalidade utilizar-se dessas avaliações (GORENSTEIN; WANG, 2016).

Considerando a variedade de instrumentos disponíveis, a escolha de um instrumento eficiente para a prática clínica caracteriza-se pela facilidade de administrar e calcular a pontuação, não consumir muito tempo para a sua aplicação e análise (SCOTT et al., 2006), bem como apresentar boas propriedades psicométricas (confiabilidade, validade e responsividade) que irão contribuir com a prática baseada em evidências na terapia ocupacional (HAYES, 2000; TICKLE-DEGNEN, 2000). Dessa forma, instrumentos padronizados e validados auxiliam na obtenção de dados confiáveis e ajudam na justificativa dos serviços da Terapia Ocupacional (DOUCET; GUTMAN, 2013).

A seleção do melhor instrumento de avaliação deve ser realizada com cautela, pois é necessário levar em consideração a população em que se deseja obter informações (idade, cultura, gênero ou patologia) e o local onde o trabalho se desenvolverá (hospitais, centros de reabilitação, comunidade, serviços públicos e privados), pois esses fatores influenciarão nas características do processo de avaliação e

³ Para a presente tese será utilizado o termo “instrumento de avaliação” para se referir ao conjunto de formulários que compõem um instrumento de avaliação ou um conjunto de itens de avaliação padronizada e pautada em uma teoria ou Modelo de Prática da Terapia Ocupacional. Também será utilizado o termo “formulário” para designar um roteiro de itens de avaliação de um instrumento.

consequentemente, em qual instrumento será o mais indicado para colher os dados com o objetivo da intervenção (UNSWORTH, 2000).

Um problema encontrado no momento da avaliação é a dificuldade em obter respostas dos clientes sobre as suas próprias necessidades ou quando há necessidades não reconhecidas por eles. Para contornar esse problema, é fundamental o registro da percepção do cliente, sendo fundamental que o terapeuta ocupacional aborde questões relacionadas à essência da profissão, e neste caso, considera-se: a ocupação humana (KEESING; ROSENWAX, 2011).

Para avaliar, o terapeuta deve ter claro o que se deseja avaliar sobre o cliente. Embora pareça ser intuitivo ao profissional, considerando as diferentes áreas de atuação da Terapia Ocupacional, dentre outras aspectos, nem sempre os profissionais têm clareza sobre o embasamento da sua prática e das avaliações que eles utilizam, pois não existe uma avaliação que possa ser utilizada genericamente por todos os terapeutas e em todas as áreas de atuação ou campos de prática (MÜLLERSDORF, 2015).

Um estudo conduzido por Alotaibi, Reed e Nadar (2009) teve o objetivo de investigar quais instrumentos de avaliação eram utilizados por terapeutas ocupacionais que participavam da Conferência Anual da Associação Americana Terapia Ocupacional realizada no ano de 2006 em *Charlotte-NC* e quais os motivos para o uso desses instrumentos. Os autores aplicaram um roteiro de entrevista com uma amostra de conveniência composta por 260 terapeutas ocupacionais, que responderam quais eram as suas áreas de atuação, as avaliações utilizadas na prática clínica e os motivos para utilizá-las.

Os autores encontraram que o principal motivo para a utilização de instrumentos de avaliação pelos terapeutas entrevistados foi a disponibilidade do instrumento no local de trabalho, seguido da facilidade na administração e do cálculo da pontuação do instrumento. O terceiro motivo elencado pela amostra foi a escolha de instrumentos com validade e confiabilidade comprovadas. Neste mesmo estudo, 20% dos terapeutas ocupacionais entrevistados relataram selecionar os instrumentos de avaliação segundo a popularidade deste instrumento entre os serviços de uma determinada área de atuação e apenas 10% da amostra estudada utilizava instrumentos fundamentados em algum Modelo de Prática da Terapia Ocupacional. Os autores identificaram também que um importante fator na escolha do instrumento foi a aceitação dos resultados pelas

companhias de saúde a fim de pagamento dos serviços prestados (ALOTAIBI; REED; SHABAN NADAR, 2009).

Os autores identificaram que a maioria dos instrumentos utilizados pela amostra eram relacionados à avaliação de componentes que causavam a limitação funcional dos seus clientes. Os autores apontam para a necessidade da modificação da abordagem dos terapeutas ocupacionais na condução do processo de avaliação, pois a avaliação de componentes só deve ser realizada quando estes impactarem diretamente no desempenho da ocupação do cliente (ALOTAIBI; REED; SHABAN NADAR, 2009).

Uma importante discussão deve ser realizada quando se consideram os resultados do estudo de Alotaibi, Reed e Nadar (2009) e o escopo da Terapia Ocupacional, pois a prática da profissão é baseada na habilidade inata do ser humano de se engajar em ocupações e interagir com seu ambiente (KIELHOFNER, 2008), logo, as avaliações devem refletir a capacidade de engajamento e participação em ocupações significativas, ao invés de iniciar pela avaliação de componentes funcionais (*botton-up*).

O fato de os terapeutas escolherem as suas avaliações em função de sua disponibilidade, popularidade entre os serviços ou aceitação pelos seguros de saúde, reflete uma problemática em sua atuação, considerando que a avaliação deve ser pautada na construção do perfil ocupacional do cliente (*top-down*) e nem sempre a disponibilidade ou aceitação de uma determinada avaliação contemplará esse quesito. Outro problema está na utilização de um instrumento que é popular entre os profissionais, pois não necessariamente avalia as necessidades individuais (ALOTAIBI; REED; SHABAN NADAR, 2009).

Uma questão que apresenta elevado impacto nessa discussão foi apresentada por Alotaibi, Reed e Nadar (2009) e está relacionada ao processo de formação dos terapeutas ocupacionais. Apesar de o estudo ter sido conduzido em uma amostra pequena, os dados apontam para lacunas teóricas que embasam o raciocínio clínico desses profissionais, uma vez que o mesmo tem influência na seleção do instrumento de avaliação, de acordo com as necessidades do cliente e com as demandas apresentadas para a elaboração do plano terapêutico. A utilização de instrumentos, segundo a sua disponibilidade ou popularidade entre os profissionais, deixa de considerar a ocupação ou fatores significativos para o cliente, podendo impactar diretamente no processo de obtenção de informações e reconhecimento das necessidades.

Dessa forma, um bom caminho para se definir a abordagem profissional e as avaliações utilizadas nas intervenções é o uso de um Modelo de Prática, ou seja, um sistema de conceitos compatíveis com a teoria que guia o plano de ação para a avaliação e intervenção dentro de domínios específicos da Terapia Ocupacional (COLE; TUFANO, 2008). De forma complementar a afirmação acima, a literatura aponta que o Modelo de Prática é útil, pois fornece uma estrutura para organizar o raciocínio clínico, identificar as áreas prioritárias para se obter maiores detalhes, além de fornecer conceitos para analisar os problemas do cliente e elaborar objetivos a serem alcançados (EARLY, 2013; O'BRIEN, 2012).

Seguindo a premissa que a avaliação deve ser centrada na ocupação das pessoas, a utilização de instrumentos de avaliação derivados de Modelos focados na ocupação tem sido identificadas. O Modelo da Ocupação Humana, o *Person – Environment – Occupation – Performance*, e o Modelo Canadense de Terapia Ocupacional, são os mais prevalentes na atuação dos terapeutas ocupacionais (ASHBY; CHANDLER, 2010), pois são baseados na prática centrada no cliente e desenvolveram avaliações com parâmetros psicométricos confiáveis, refletindo sua robustez na aplicação (ALOTAIBI; REED; SHABAN NADAR, 2009; WONG; FISHER, 2015).

Os Modelos citados acima possuem conhecimentos advindos de diferentes áreas do conhecimento como a psicologia, sociologia, antropologia, além de incorporarem construtos da área de educação, estudos sobre deficiências, da justiça social e dos conceitos da CIF. A seleção e integração de conhecimentos de outras áreas, combinados com conceitos centrais da Terapia Ocupacional, tem fornecido uma base significativa para os Modelos focados na ocupação, tanto para aqueles que prestam o serviço, quanto para o seu público alvo (WONG; FISHER, 2015)

O Modelo da Ocupação Humana traz muito sobre a Filosofia da Terapia Ocupacional ao incorporar os papéis ocupacionais, os hábitos, a interação com o ambiente e da centralidade do desempenho ocupacional (HAGEDORN, 1999; CRUZ, 2012; CRUZ, 2018a).

Taylor et al. (2009), em um estudo randomizado com terapeutas ocupacionais nos Estados Unidos, encontraram que 76% dos profissionais entrevistados escolheram o Modelo da Ocupação Humana em função deste se ajustar à visão que eles tinham da Terapia Ocupacional e por refletir as necessidades dos clientes atendidos.

O referido Modelo tem sido pesquisado e utilizado em todas as áreas de atuação da Terapia Ocupacional e com clientes de todas as idades (EARLY, 2013). Desse modo, o Modelo da Ocupação Humana deve ser visto como um Modelo flexível que permite a versatilidade para a sua aplicação, ou seja, ele não é destinado a especificidades de populações e sim a explicitar a relação das pessoas e seus contextos, de acordo com as possibilidades e restrição nas ocupações, independentemente do campo de atuação ou populações específicas da atuação do terapeuta ocupacional (KIELHOFNER, 2008; BURKE; IGI, 1980).

No Brasil, não são encontrados estudos que analisassem o Modelo de Prática utilizado por terapeutas ocupacionais, porém, identificam-se estudos que utilizaram o Modelo da Ocupação Humana como direcionador de discussões ou estudos que realizaram a adaptação transcultural e validação de instrumentos do Modelo para a utilização no Brasil.

O estudo conduzido por Cruz (2012) faz a discussão entre os papéis ocupacionais de pessoas com deficiências físicas segundo variáveis como: independência, o uso de tecnologia assistiva e o poder aquisitivo dessas pessoas. O autor encontrou que pessoas com deficiências sofrem impactos negativos nos papéis ocupacionais em função de aspectos restritivos do ambiente ou relacional que levam essas pessoas a terem limitações no engajamento em ocupações.

Outro fator apontado pelo autor, que é congruente com o Modelo da Ocupação Humana, é o fato de considerar os desejos das pessoas em novos papéis ocupacionais no futuro, o que reflete parte do conceito de volição (interesse e valor em um papel) e o conceito de identidade ocupacional (ser e tornar-se), apresentados pelo Modelo. Baseado neste estudo Cruz e Emmel (2013) concluem que a interação com o Ambiente e as tecnologias que dele fazem parte, faz-se essencial para a promover a participação em papéis:

Nessa direção, o pensar na participação em papéis ocupacionais e na tecnologia, mediando tal participação, exige a reflexão sobre a interação entre as influências ambientais, o homem e suas ocupações (p.7).

Conforme citado anteriormente, também foram encontrados estudos de adaptação transcultural e validação de instrumentos baseados no Modelo. Estes instrumentos favorecem, mas não determinam, que a atuação de terapeutas ocupacionais

no Brasil possa ter elementos na medida em que é baseada em um Modelo de Prática. Considera-se que a avaliação do cliente e o levantamento de demandas para a terapia possam ser realizados seguindo os conceitos apresentados pelo Modelo da Ocupação Humana, presentes nos dados colhidos por uma avaliação dele derivada.

Considerando que a Organização Mundial da Saúde preconiza a atuação dos profissionais orientada a permitir a participação das pessoas na comunidade e os estudos realizados anteriormente no Brasil com o Modelo da Ocupação Humana, é oportuno ampliar a discussão no país sobre esse Modelo e a utilização de avaliações por terapeutas ocupacionais para auxiliar na prática centrada no cliente, como também o foco na participação das pessoas por meio das ocupações.

1.2. Modelo da Ocupação Humana

O Modelo da Ocupação Humana (MODELO DA OCUPAÇÃO HUMANA) foi idealizado e desenvolvido pelo Dr. Gary Kielhofner (1949-2010), terapeuta ocupacional e professor, o qual sustentou um alto impacto na prática, ensino e pesquisa da Terapia Ocupacional. O Modelo foi criado em função do seu trabalho com militares americanos lesionados na Guerra do Vietnam e continua a se desenvolver até os dias de hoje com outros pesquisadores pelo mundo (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Com o início do Paradigma Contemporâneo e o foco na ocupação, desenvolveu-se, no início da década de 1970, o Modelo trata de uma prática centrada no cliente. Naquele momento, a Terapia Ocupacional buscava reconhecer os fatores que contribuíam para as dificuldades nas ocupações, apenas centrada nas deficiências motoras, cognitivas, sensoriais e com a finalidade de reduzir essas limitações (KIELHOFNER, 2008; KIELHOFNER et al., 2009).

Os primeiros conceitos do Modelo foram documentados em quatro artigos no ano de 1980 (KIELHOFNER, 1980a, 1980b; KIELHOFNER; BURKE, 1980; KIELHOFNER; BURKE; HEARD, 1980). Posteriormente foram aprimorados em livros que apresentam a discussão sobre os conceitos teóricos e práticas entre 1985 e 2008. Após o falecimento de Kielhofner, uma edição foi organizada em 2017 pela sua esposa, a terapeuta ocupacional e Professora Renée R.Taylor. Esse Modelo continua sendo estudado, aprimorado e revisado ao longo de quatro décadas. É considerado um Modelo relevante, direcionado e um guia contemporâneo para a atuação de terapeutas ocupacionais e educadores (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O Modelo se propõe a apresentar a participação e adaptação nas ocupações, nas quais as características da pessoa se relacionam com o ambiente em uma perspectiva dinâmica entre eles. Assim, a ocupação é quem estimula a manutenção e modificação das capacidades, da motivação e dos padrões de desempenho por meio do engajamento (KIELHOFNER, 2009).

Na quarta edição do livro “*Model of Human Occupation: Theory and Application*”, Kielhofner (2008) afirma que a visão do Modelo tem sido a de apoiar a prática focada na ocupação, centrada no cliente, baseada em evidência e complementar a prática baseada com outros Modelos de Terapia Ocupacional e teorias interdisciplinares.

Segundo Kielhofner (2008), a adaptação ocupacional ocorre na relação entre os conceitos fundamentais do Modelo, os quais são denominados como impacto ambiental, volição, habituação, capacidade de desempenho, participação, desempenho, habilidades, identidade ocupacional e competência ocupacional; os quais geram a adaptação e encontram-se resumidos na Figura 1:

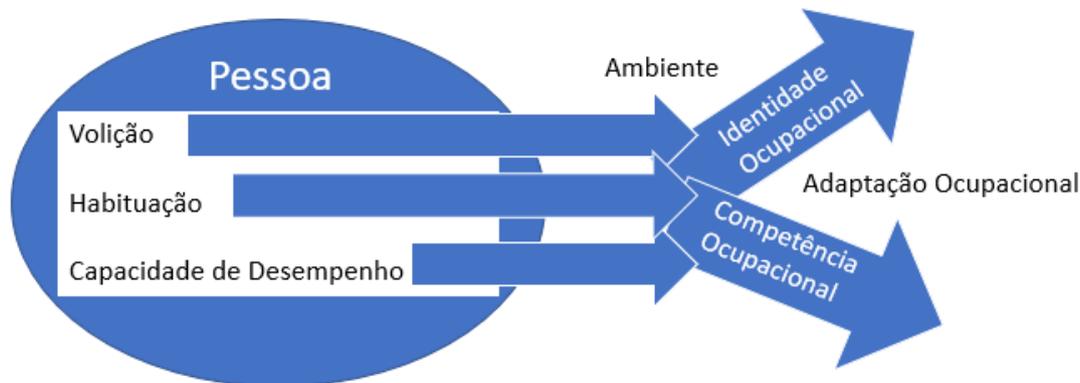


Figura 1: O Processo de adaptação ocupacional

Fonte: Traduzido e Adaptado de Kielhofner (2008).

A pessoa é contextualizada no Modelo a partir dos aspectos intrínsecos que estão inter-relacionados: a volição, a habituação e a capacidade de desempenho. O Modelo explica, pela relação do sistema com o ambiente, como as pessoas são motivadas a desempenhar ocupações (**volição**) e repetir esse desempenho ao longo do tempo (**habituação**). Conforme as ocupações são realizadas no dia-a-dia, a percepção do

indivíduo sobre suas capacidades se modifica (**capacidade de desempenho**). Todo esse processo se desdobra, de forma dinâmica e interrelacionada, em um contexto social e físico (**ambiente**) que resulta no engajamento ocupacional, conforme ilustra a Figura 2 (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

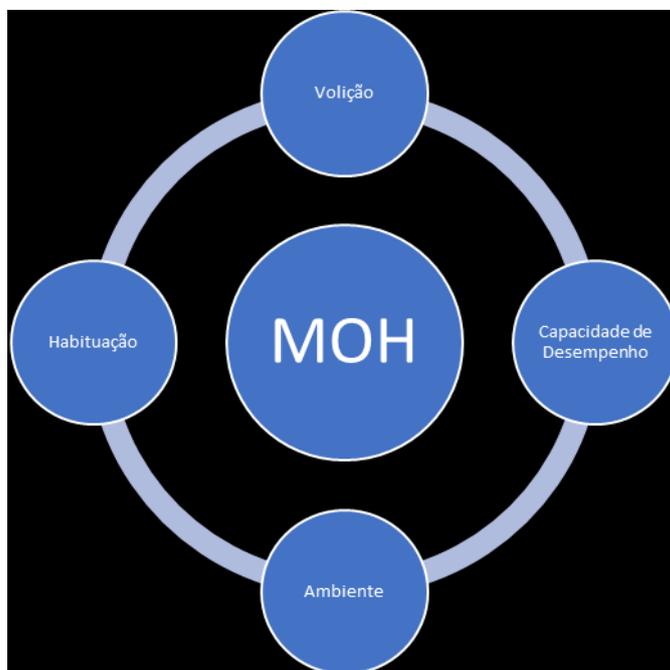


Figura 2: Os quatro elementos do Modelo da Ocupação Humana- MOH

Fonte: Traduzido e Adaptado de Taylor, Kielhofner (2017).

A seguir, descreve-se brevemente cada conceito do Modelo da Ocupação Humana.

1.2.1. **Volição**

A volição é processo pelo qual a pessoa é motivada e escolher atividades que ela faz. O Modelo da Ocupação Humana entende que as pessoas possuem uma necessidade e desejo inato e universal de fazer as coisas que precisam e desejam, além de possuir um corpo que permite o fazer. A volição é moldada pelas experiências ao longo da vida. Sendo assim, consiste nos pensamentos e sentimentos que ocorrem num ciclo de antecipação das possibilidades de fazer, escolher o que fazer, experienciar o que se faz e interpretar essa experiência (KIELHOFNER, 2009). (KIELHOFNER, 2008)

A relação entre os pensamentos e sentimentos na volição dá origem à causação pessoal, os valores e os interesses os quais ocorrem de forma inter-relacionada (YAMADA; TAYLOR, 2017). A **causação pessoal** refere-se aos sentimentos e

pensamentos sobre as capacidades pessoais e senso de eficácia frente às atividades cotidianas (KIELHOFNER, 2009). A causação pessoal engloba dois elementos importantes para compreender a volição: o senso de **capacidade pessoal** e **senso de auto eficácia**. A capacidade pessoal é o conjunto de sentimentos e pensamentos sobre o que as pessoas são capazes de fazer e o senso de auto eficácia versa sobre quais resultados elas são capazes de lidar (TURPIN, 2011).

Os **valores** dizem respeito às crenças e compromissos sobre o que é bom, certo e importante de ser realizado. Os valores refletem o que é importante para si, como fazer e quais objetivos para se fazer uma determinada atividade. Em suma, as pessoas experimentam um senso de valorização e pertencimento ao se engajar em atividades que refletem seus valores (KIELHOFNER, 2009), no entanto, também podem sentir culpa e vergonha quando agem de forma contrária a esses valores (KIELHOFNER, 2008). Valores envolvem: a **convicção pessoal** e o **senso de obrigação**, e, respectivamente, ligam-se aos valores referentes à visão de mundo que as pessoas mantêm e as ações que são prováveis de serem desempenhadas (KIELHOFNER, 2008; TURPIN, 2011).

Os **interesses** são gerados por meio de experiências prazerosas e satisfatórias ao se desempenhar uma ocupação. Eles surgem da disposição natural para se realizar atividades físicas ou intelectuais, mas que evoluem através de experiências prazerosas vindas do engajamento ocupacional. O desenvolvimento de interesses depende diretamente das oportunidades disponíveis para se engajar em ocupações (KIELHOFNER, 2009).

A volição é um processo contínuo que ocorre ao longo do tempo em função dos sentimentos e pensamentos sobre as ações, as quais são influenciadas pelas experiências pessoais, pela interpretação, antecipação e escolhas ocupacionais. O Modelo também apresenta componentes para o processo volicional que inclui o ciclo de antecipação, fazer escolhas, experimentar e interpretar (TURPIN, 2011).

Sempre que se desempenha alguma atividade, uma infinidade de sentimentos pode ser gerada em função da experiência do fazer. Sentimentos como confiança, ansiedade, prazer e até tédio surgem em função disso. Logo, a **experiência** refere-se aos sentimentos e pensamentos que surgem imediatamente em resposta a um desempenho (YAMADA; TAYLOR, 2017).

As pessoas não apenas experimentam ocupações, mas também interpretam aquilo que fazem. Essa interpretação pode ser realizada por meio de auto avaliação ou discussão com outras pessoas. Então, a **interpretação** é definida como a recordação e reflexão sobre o que é importante para si no próprio mundo. O mundo oferece oportunidades atuais e futuras para agir; ao se refletir sobre como agir e acerca das expectativas frente às oportunidades, interage-se com o processo volicional. A forma de reagir e preparar-se para atividades imediatas ou futuras faz parte da **antecipação**, que é definida como o processo de percepção e reação às expectativas de uma atividade (YAMADA; TAYLOR, 2017).

O dia-a-dia das pessoas é marcado pela seleção de atividades que serão realizadas no momento, em seguida ou em outro dia. A escolha dessas atividades é realizada de forma súbita e ditam o início e fim das mesmas. Inclui a decisão de ir fazer uma caminhada, o que preparar no almoço ou fazer a manutenção da casa. Também são realizadas escolhas referentes a ocupações que se tornarão permanentes na vida, isso inclui o início de uma atividade que se repetirá na rotina por longos períodos, a seleção de um papel ocupacional ou o início de um novo trabalho. A escolha de ocupações envolve um processo de reflexão da importância e consequências desta escolha. Então, **escolhas ocupacionais** são definidas como a deliberação de atividades que terão peso na rotina em função da sua manutenção e repetição (YAMADA; TAYLOR, 2017).

Por meio da interação dos subsistemas supracitados, a volição tem importante influência na vida ocupacional, pois a ocorrência de uma lesão e a diminuição das oportunidades de escolhas podem reduzir drasticamente a motivação frente às ocupações. Quando a volição é negativamente afetada, as pessoas podem tomar decisões que interfiram mais ainda no seu desempenho ou que amplifiquem suas deficiências. Por meio do Modelo, a terapia deve permitir que o processo volicional ocorra e a forma como o cliente experiencia esse processo impactará nos resultados da intervenção (KIELHOFNER, 2009).

1.2.2. Habituação

Habituação é o processo pelo qual as pessoas organizam as ações em padrões e rotinas. Por meio de ações repetidas em um contexto específico, são estabelecidos padrões do fazer. Similar à volição, a habituação também possui componentes: os

hábitos e papéis. Juntos, hábitos e papéis, moldam como as pessoas desempenham suas rotinas, pois geralmente são compostas de atos automáticos e previsíveis (KIELHOFNER, 2009).

Hábitos envolvem modos de fazer que são realizados de forma automática. Os hábitos se desenvolvem por realizar, de forma repetida, a mesma atividade no mesmo ambiente (YAMADA; TAYLOR, 2017). Eles ocorrem em cooperação com o contexto, utilizando e incorporando o ambiente como recurso para fazer coisas que são familiares. Os hábitos influenciam como as pessoas utilizam o tempo, agem e organizam a rotina (KIELHOFNER, 2009).

Os **papéis** e o senso de obrigação geram identidade para as pessoas. Dessa forma, elas podem se reconhecer em diferentes papéis, como o de estudante, trabalhador ou membro de família e, agregado aos papéis, vem o senso de obrigação que está relacionado a essa identidade. Assim, muitas ações realizadas são guiadas por papéis que as pessoas possuem, definidos por um sistema social (escola, família e ambiente de trabalho, por exemplo). Os papéis não são inatos, mas sim determinados e influenciados socialmente. Dessa forma, um estudante pode aprender como agir e o que é esperado dele, tanto por diretrizes e orientações da escola e professores como também pelas atitudes de outros estudantes. O mesmo processo ocorrerá para papéis como o de trabalhador ou membro de família. Desta forma, aprender um novo papel envolverá a internalização de uma identidade, uma nova perspectiva e um padrão de comportamento esperado (KIELHOFNER, 2009).

Os hábitos e papéis que compõem a habituação guiam como a pessoa interage com seu ambiente físico, temporal e social. Um dos maiores desafios para a Terapia Ocupacional é o de reconstruir ou construir hábitos e papéis para que as pessoas possam participar em ocupações (KIELHOFNER, 2009).

1.2.3. Capacidade de Desempenho

Neste componente o foco passa a ser a ação em si ao invés da volição e dos hábitos. Neste caso, a capacidade de desempenho se refere à habilidade de fazer coisas, e se caracteriza por terem componentes objetivos e subjetivos (KIELHOFNER, 2008).

Os componentes objetivos referem-se às habilidades físicas e mentais, como essas habilidades são utilizadas e experimentadas no desempenho. A capacidade para o desempenho é afetada pelas condições musculoesqueléticas, neurológicas, cardiopulmonares e por outros sistemas que são requisitados ao desempenhar uma função. Da mesma forma, habilidades cognitivas e mentais como a memória também são requisitadas para um desempenho adequado (KIELHOFNER, 2008). A capacidade de desempenho afeta diretamente as ocupações em função das condições físicas e mentais (YAMADA; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Os fatores subjetivos “o corpo vivo”, os quais dizem respeito a como as pessoas experimentam o desempenho e como elas o entendem para moldar essa experiência. Kielhofner (2008) toma especial atenção aos fatores subjetivos, pois eles podem ser negligenciados na Terapia Ocupacional, em que o foco nesse componente é de complementar a abordagem convencional de terapia.

O Modelo enfatiza a importância de se abordar a experiência em se fazer coisas, mais especificamente, a de enfrentar a limitação no desempenho, valorizando o reconhecimento sobre como os profissionais colaboram com os clientes no enfrentamento da deficiência, o reconhecimento sobre o funcionamento do corpo e sobre a percepção de mundo frente a essa situação (KIELHOFNER, 2009).

1.2.4. O ambiente no Modelo da Ocupação Humana

Conforme apresentado, o Modelo enfatiza a interação entre os aspectos internos da pessoa (volição, habituação e capacidade de desempenho) com aspectos extrínsecos (ambiente) (KIELHOFNER, 2008). Todo ambiente oferecerá oportunidades e recursos para atividades, bem como demandas e obstáculos para sua execução, sendo evidente que diversas dimensões do ambiente podem impactar a ocupação (YAMADA; TAYLOR, 2017).

Segundo Kielhofner (2009), o ambiente inclui:

Os objetos que as pessoas utilizam quando fazem coisas;

Os espaços;

As formas ocupacionais ou atividades disponíveis, esperadas ou requeridas para as pessoas em um dado contexto;

Os grupos sociais e;

A cultura, forças políticas e sociais.

A forma como objetos e espaços interagem influencia diretamente em como ocorre o desempenho de suas atividades, a forma de realizar, pensar e sentir em relação às ocupações. Por sua vez, também é possível escolher, modificar, e adequar o ambiente para permitir a expressão dos valores e interesses pessoais (KIELHOFNER, 2009; YAMADA; TAYLOR, 2017).

Um ponto a salientar é que a relação entre as oportunidades, obstáculos, demandas e suportes oferecidos pelo ambiente são entendidos como **impacto ambiental**. Esse impacto pode ser algo que habilita ou desabilita as pessoas para a ocupação, podendo apoiar ou restringir a sua participação (KIELHOFNER, 2009; YAMADA; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

1.2.5. Dimensões do Fazer

Tanto os fatores internos à pessoa quanto os fatores ambientais, irão determinar o que as pessoas fazem e como fazem. O Modelo identifica três níveis para o fazer: a participação ocupacional, desempenho ocupacional e habilidades ocupacionais, sendo que todos os níveis são influenciados pela volição, habituação, capacidade de desempenho e fatores ambientais (KIELHOFNER, 2008; TURPIN, 2011).

A **participação ocupacional** refere-se ao engajamento em atividades que são parte do contexto sociocultural e que é desejado, esperado ou necessário para o próprio bem-estar. Exemplos de participação ocupacional são as atividades de trabalho remunerado, *hobbys*, manutenção da própria casa ou escolarização. Cada área da participação ocupacional envolve um grupo de atividades relacionadas. Por exemplo, a manutenção da casa envolve atividades tais como: pagar as contas, fazer manutenção, limpeza e organização. O conceito de participação ocupacional tem relação direta com o conceito de participação da CIF (KIELHOFNER, 2008; TURPIN, 2011).

O segundo nível das dimensões do fazer é o **desempenho ocupacional**, definindo por Kielhofner (2008) como o ato de participar em ocupações e fazer algo.

O terceiro nível refere-se às habilidades ocupacionais, as quais são divididas em habilidades motoras, habilidades processuais, e de comunicação e interação, sendo que todas são necessárias para desempenhar uma ocupação (KIELHOFNER, 2008; TURPIN, 2011).

1.3. Instrumentos de Avaliação do Modelo da Ocupação Humana

É primordial que terapeutas ocupacionais utilizem instrumentos de avaliação que permitam reconhecer as necessidades da clientela, no entanto, é fundamental que a escolha do instrumental esteja ancorada em uma visão de homem, de mundo, de sistema de saúde ou de princípios que norteiam a prática que será desenvolvida.

No caso do Modelo da Ocupação Humana, este é centrado no cliente considerando que se trata de um cliente com histórica de vida singular, quando suas características vão determinar o raciocínio profissional e a natureza da intervenção terapêutica e, de forma complementar, um Modelo que se ocupa de analisar o que o sujeito faz, pensa e sente. Dessa forma, o Modelo ressalta a importância de se saber os detalhes das experiências do cliente, sendo que a dinâmica central do atendimento está relacionada ao engajamento ocupacional (FORSYTH, 2017; CRUZ, 2020).

A utilização do Modelo como direcionador da prática demanda o entendimento da sua teoria e da aplicação dos seus conceitos (FORSYTH, 2017; CRUZ, 2020). O raciocínio terapêutico envolve a teoria e o contexto do cliente através de sete passos que contribuem para a organização da intervenção: geração de questões orientadas pela teoria; administração de avaliações padronizadas; formulação ocupacional do cliente por meio da análise das respostas da avaliação; identificação de mudanças ocupacionais; desenvolvimento de metas mensuráveis, implementação da intervenção; e avaliação dos resultados da intervenção. É importante salientar que esse processo não ocorre de forma sequencial, mas que o terapeuta pode ir para um próximo passo ou voltar para um anterior a depender das demandas de cada cliente (FORSYTH, 2017).

O Modelo passou por diversas mudanças ao longo dos 40 anos, sendo que os seus conceitos centrais (volição, habituação e capacidade de desempenho) deixaram de ser compreendidos como Modelos hierárquicos e evoluíram para Modelos inter-relacionados e dependentes das interações do ser humano com o ambiente. Um dos fatores que auxiliou a evolução do Modelo com o passar dos anos foi a possibilidade de avaliar a prática baseada nele utilizando instrumentos padronizados, criados a partir dos seus conceitos (TURPIN, 2011).

Uma variedade de instrumentos foi criada para auxiliar no processo de obtenção de informações e avaliação baseados no Modelo. Os instrumentos utilizam diferentes abordagens como observação, auto avaliação, entrevistas ou uma combinação de

métodos para a coleta de informações significativas (TURPIN, 2011). Assim, os instrumentos auxiliam os terapeutas a realizarem perguntas de forma clara e objetiva com base nos conceitos do Modelo e considerando o que é necessário conhecer sobre o cliente (FORSYTH, 2017).

Com a utilização de perguntas, há a possibilidade de se obter uma grande variedade de informações sobre o cliente de uma forma espontânea e informal. No entanto, em função da informalidade desse processo a utilização de escalas padronizadas irá auxiliar o terapeuta a mensurar as demandas obtidas na entrevista inicial e esclarecer questões que podem ter ficado inicialmente não esclarecidas (FORSYTH, 2017).

Uma série de instrumentos padronizados com base no Modelo está disponível. Esses se caracterizam pela validade e confiabilidade que possuem para a obtenção das informações fidedignas, sendo essenciais na tomada de decisões sobre as estratégias e objetivos da intervenção em terapia ocupacional (FORSYTH, 2017). Em função do objetivo desta tese ser a adaptação transcultural de um instrumento do Modelo, um maior foco será dado para o instrumento escolhido para estudo, a ser esclarecido a seguir.

Mais de 20 escalas foram desenvolvidas com os preceitos do Modelo. O direito de uso para pesquisa pode ser concedido por meio do site “*UIC Model of Human Occupation Clearinghouse*” disponível em <https://www.moho.uic.edu/default.aspx>. A possibilidade de uso está condicionada à compra dos Manuais contendo os instrumentos, no entanto, eles estão em sua maioria disponíveis em outras línguas.

Cada uma das avaliações reflete anos de desenvolvimento, estudo e refinamento em vários níveis para aumentar sua confiabilidade e valor prático (FORSYTH, 2017; KIELHOFNER, 2008; TURPIN, 2011).

As avaliações variam de acordo com a especificidade das informações obtidas e o tempo de aplicação, sendo que o terapeuta deverá analisar com cuidado o tipo e a especificidade da informação que quer obter e o tempo disponível para a avaliação. Os diferentes conceitos do Modelo estão divididos nos instrumentos de avaliação, onde é possível a escolha das escalas segundo a idade, a capacidade do cliente em responder

um instrumento e na combinação do Modelo com outros Modelos de prática disponíveis na Terapia Ocupacional (FORSYTH, 2017).

Kielhofner (2008) salienta que, em condições onde o tempo disponível para a avaliação do cliente não é suficiente para a utilização de mais de um instrumento, o ideal é selecionar aquele que abarca a maior quantidade possível de conceitos do Modelo para assim criar um panorama ocupacional da pessoa avaliada. Nessa direção, os instrumentos que mais abrangem conceitos do Modelo são os seguintes: *Model of Human Occupational Screening Tool*, *Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale*, *Occupational Performance Interview History Interview-II* e o instrumento *Occupational Self Assessment* (KIELHOFNER, 2009).

Baseando-se no critério de tamanho do instrumento, facilidade para a aplicação na prática e citações quanto ao uso na literatura, este estudo selecionou o instrumento *Occupational Self Assessment v2.2* para a realização da adaptação transcultural e testes da propriedade psicométrica de validade e confiabilidade para a língua portuguesa (Brasil). Considerou-se também características como o tempo de aplicação ser relativamente curto em função do número de questões que compõem as escalas, o fato do instrumento poder ser administrado de forma autoaplicável, por ser utilizado como um meio de avaliação inicial do cliente, além dos resultados positivos obtidos nas publicações que utilizaram o *Occupational Self Assessment* como medida dos resultados obtidos com os clientes atendidos por terapeutas ocupacionais.

1.4. *Occupational Self Assessment*

O “*Occupational Self Assessment*” (OSA) é um instrumento baseado no Modelo da Ocupação Humana, desenvolvido para ser autoaplicável e com o objetivo de capturar a percepção do cliente sobre a sua competência ocupacional e as ocupações que ele considera como importantes (valores). O OSA fundamenta-se na prática centrada no cliente e é útil para orientar um plano terapêutico colaborativo, além de documentar os resultados da terapia do ponto de vista do cliente, dando voz ao mesmo (BARON et al., 2006). Esse instrumento é composto por componentes de competência e identidade ocupacional do Modelo, os quais são influenciados dinamicamente pela volição, habituação e habilidades de desempenho (KIELHOFNER, 2010).

O OSA é baseado nos princípios que cada cliente é único, com valores particulares e que a noção de sua capacidade pode determinar a natureza da intervenção

da Terapia Ocupacional. Assim, o cliente é visto como centro do processo, onde o terapeuta trabalha como um colaborador, guiando e oferecendo suporte. Este instrumento foi desenvolvido para ser utilizado como uma avaliação inicial para guiar o tratamento, e também para ser reaplicado no processo de alta da terapia para avaliar as mudanças ocorridas com o cliente e orientar o plano de alta. Caracteriza-se ainda por ser adequado para utilização com adolescentes, adultos e idosos, pois seus itens são apropriados para avaliar as circunstâncias da vida desses ciclos de desenvolvimento (KIELHOFNER, 2010). Com os mesmos objetivos do OSA foi desenvolvida uma escala específica para a aplicação com crianças denominada “*Child Occupational Self Assessment*” para a avaliação de crianças (KIELHOFNER, 2008).

O trabalho de criação do OSA teve início em 1998 e, desde então, esse instrumento passou por um rigoroso e sofisticado processo de desenvolvimento psicométrico (BARON et al., 2006). A primeira versão possuía os três passos de resposta como no instrumento atual, porém, as opções para avaliação dos itens eram realizadas em uma escala de três graduações apenas, ao invés das quatro opções atuais. Essa versão do instrumento foi aplicada nas línguas inglesa, finlandesa, alemã, japonesa e sueca. O estudo teve como objetivo avaliar o novo instrumento em uma diversidade de raças, idades, gêneros e quadros clínicos, variando a coleta de dados com populações com deficiências físicas, doenças mentais e pessoas sem comprometimentos (KIELHOFNER; FORSYTH, 2001).

O processo de criação do OSA e a evolução do instrumento são descritos por meio de três estudos que foram conduzidos para avaliar as propriedades do instrumento (KIELHOFNER et al., 2009, 2010; KIELHOFNER; FORSYTH, 2001).

O primeiro estudo foi realizado com o objetivo de analisar as propriedades do OSA e determinar a sua validade. A análise dos dados apontou que os itens da escala possuíam boa qualidade para avaliar a capacidade funcional da amostra estudada. Neste estudo, os itens que foram avaliados como mais difíceis de serem realizados foram os relacionados ao cuidado da rotina. Apesar da amostra com diversos perfis, o construto do valor também mostrou boa qualidade após a análise dos dados, em que a utilização da análise de *Rasch* determinou uma hierarquia entre itens mais ou menos valorizados pela amostra. Um dado importante foi que os itens menos valorizados pelos participantes foram os relacionados à qualidade da vida ocupacional; referentes à

capacidade de relaxar, ser efetivo e envolvido em atividades significativas, fazer atividades que gosta e ter uma rotina satisfatória (KIELHOFNER; FORSYTH, 2001).

Um fato observado pelos autores foi que a escala de valores não teve uma distribuição uniforme entre os participantes. Uma opção para solução deste problema seria a ampliação do número de itens na escala, o que a tornaria pouco prática de ser aplicada em função do tamanho, ou ampliar a quantidade de opções de avaliação para os valores. Mas, naquele momento, os autores julgaram que uma escala de três categorias seria mais prática e menos confusa para os participantes. Dessa forma, a solução encontrada foi a de reescrever a escala de forma a ficar mais clara (KIELHOFNER; FORSYTH, 2001).

Um segundo estudo buscou avaliar se a ampliação das opções de avaliação de três para quatro categorias iria impactar na sensibilidade do instrumento em mensurar a capacidade de desempenho e os valores, corrigindo a distribuição encontrada no estudo anterior. Este estudo demonstrou que a ampliação para uma escala de quatro pontos auxiliou na melhoria da sensibilidade dos componentes da capacidade de desempenho, porém, para a avaliação dos valores foram encontrados dados inconclusivos, por exemplo, se a distribuição heterogênea se referia à adição de mais uma categoria ou se a forma apresentada causou incompreensão pelos participantes (KIELHOFNER et al., 2009).

Dessa forma, uma terceira avaliação do instrumento foi conduzida para melhorar a distribuição das respostas nos componentes de valor. O estudo foi realizado com 30 estudantes universitários, utilizando escala com 4 graduações de avaliação, com disposição aleatória dos itens e dessa forma, apresentou uma alta viabilidade e equidade nas categorias da escala. Para atingir esse objetivo, os autores reescreveram as avaliações atribuídas aos valores permitindo a formatação da versão final do instrumento (KIELHOFNER et al., 2010).

O OSA foi desenvolvido para ser uma ponte entre os conceitos do Modelo da Ocupação Humana e também para ser um meio no qual as pessoas possam pensar e falar sobre as suas próprias vidas. A forma como o instrumento foi desenvolvido permite que a volição, habituação e a capacidade de desempenho de cada cliente sejam avaliadas, refletindo como os componentes internos e externos influenciam nas suas

ocupações. Como o OSA não foi desenvolvido para um grupo específico de clientes ou patologia, sua aplicação se dá em uma variedade de contextos (BARON et al., 2006).

A criação deste instrumento envolveu a participação de terapeutas ocupacionais de diferentes nacionalidades, os quais aplicaram pilotos das três diferentes versões do instrumento, traduzidas para suas línguas, demonstrando que o OSA é livre de interferências culturais e mantendo as mesmas características de avaliação independentemente da língua para qual foi traduzido (BARON et al., 2006).

O instrumento possui dois questionários: o primeiro representado pelo “*Myself*”, composto por 21 itens de avaliação e um segundo pelo “*My Environment*”, contendo outros oito itens. Tanto os itens da sessão “*Myself*” quanto da sessão “*My Environment*” utilizam duas escalas de quatro pontuações para indicar a auto percepção da competência ocupacional e valores para ocupações pré-determinadas, como é exemplificado na Figura 3 por meio de dois dos itens avaliados pela escala (BARON et al., 2006).

Occupational Self Assessment
Myself

Name: Date:

Step 1: Below are statements about things you do in everyday life. For each statement, circle how well you do it. If an item does not apply to you, cross it out and move on to the next item.					Step 2: Next, for each statement, circle how important this is to you.				Step 3: Choose up to 4 things about yourself that you would like to change (You can also write comments in this space)
Example	I have a lot of problem doing this	I have some difficulty doing this	I do this well	I do this extremely well	This is not so important to me	This is important to me	This is more important to me	This is most important to me	I would like to change
Concentrating on my tasks	lot of problem <input type="checkbox"/>	some difficulty <input type="checkbox"/>	well <input type="checkbox"/>	extremely well <input type="checkbox"/>	not so important <input type="checkbox"/>	important <input type="checkbox"/>	more important <input type="checkbox"/>	most important <input type="checkbox"/>	
Physically doing what I need to do	lot of problem <input type="checkbox"/>	some difficulty <input type="checkbox"/>	well <input type="checkbox"/>	extremely well <input type="checkbox"/>	not so important <input type="checkbox"/>	important <input type="checkbox"/>	more important <input type="checkbox"/>	most important <input type="checkbox"/>	

Figura 3: Trecho do OSA, exemplificando o sistema de avaliação.

Fonte: *Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2*, 2006.

O instrumento é aplicado seguindo três passos distintos: o passo 1 solicita que o cliente faça uma avaliação da competência ocupacional em ocupações pré-determinadas no instrumento, em seguida, no passo 2, o cliente avalia o nível de importância que ele dá para cada uma dessas ocupações. Após a avaliação dos itens nos passos 1 e 2, o cliente analisa suas respostas e escolhe áreas de desempenho ocupacional e participação para incluir no plano terapêutico ocupacional, completando assim o passo 3 (BARON et al., 2006).

A escala “My Environment”, após passar por avaliação, demonstrou inadequação estatística. Este achado aponta para a necessidade de uma revisão desta escala, para analisar se a adição de mais itens auxiliará na expansão do construto do ambiente. No entanto, a escala se mantém com os 8 itens originais, pois os autores julgam que o acréscimo de novos itens impactará no tempo de aplicação do instrumento como um todo, dessa forma a modificação dessa escala não foi incorporada (KIELHOFNER et al., 2009).

O OSA permite que o terapeuta ocupacional possa ter uma visão geral do funcionamento ocupacional do cliente segundo os conceitos do Modelo, dividindo o questionário “*Myself*” da seguinte forma (Quadro 1):

Quadro 1: *Itens avaliados pelo “OSA- Myself” segundo os conceitos do Modelo*

Habilidades/ Desempenho Ocupacional	Concentrar-me nas minhas tarefas
	Fisicamente fazer o que eu preciso fazer
	Cuidar do lugar onde moro
	Cuidar de mim mesmo
	Cuidar de outros por quem sou responsável
	Chegar ao lugar a que preciso ir
	Administrar meu dinheiro
	Lidar com as minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)
	Expressar-me para os outros.
	Conviver com as outras pessoas
Identificar e resolver problemas	
Habituação	Relaxar e me divertir
	Concluir o que preciso fazer
	Ter uma rotina satisfatória
	Lidar com as minhas responsabilidades
	Estar envolvido em atividades como a de estudante, trabalhador, voluntário, e/ou membro de família
Volição	Fazer atividades que eu gosto
	Trabalhar em direção aos meus objetivos
	Tomar decisões baseadas no que eu acho que é importante
	Realizar o que eu me propus a fazer
	Usar as minhas habilidades com efetividade

O questionário correspondente ao “*My Environment*” contém 8 itens, no entanto, ainda não possui uma divisão por conceitos do Modelo (Quadro 2). Os autores apontam para a necessidade de maiores estudos para o refinamento deste formulário (KIELHOFNER et al., 2009).

Quadro 2: Itens avaliados pelo “*OSA- My Environment*” segundo os conceitos do Modelo

Um lugar para viver e cuidar de mim mesmo
Um lugar onde posso ser produtivo (trabalho, estudo, ser voluntário)
As coisas básicas que eu preciso para viver e cuidar de mim mesmo
As coisas que eu preciso para ser produtivo
Pessoas que me ajudam e me encorajam
Pessoas que fazem coisas comigo
Oportunidades para fazer coisas que eu valorizo e gosto
Lugar onde eu posso ir para me divertir e/ou relaxar

Baron et. al. (2006) orientam que a aplicação do OSA deve ser realizada seguindo as orientações dadas no manual de aplicação, que pode ser obtido mediante a compra da versão original no inglês americano, no site <https://www.moho.uic.edu/default.aspx>. O manual oferece informações referentes à teoria envolvida no desenvolvimento do instrumento, os passos de aplicação e mensuração da pontuação da avaliação da competência ocupacional e valores medidos pelo OSA. O manual também orienta formas de o terapeuta sanar possíveis dúvidas do cliente no momento da aplicação do instrumento. Dessa forma é possível explicar o que cada item objetiva avaliar, por meio de descrições pré-determinadas evitando assim que o terapeuta influencie com vieses na resposta dada pelo cliente.

Tanto a graduação da avaliação nos componentes da competência ocupacional, quanto a graduação nos valores, são distribuídos nominalmente conforme o nível de dificuldade ou intensidade da importância dada para cada item da escala. Porém, para a soma da pontuação do instrumento, eles são convertidos numericamente de 1 a 4, permitindo assim a quantificação da competência ocupacional e dos valores atribuídos pelos clientes (BARON et al., 2006).

O OSA propõe a sua administração como parte de uma avaliação inicial, porém sua adequada utilização envolve mais que uma simples aplicação das escalas com o cliente. O instrumento deve ser incorporado em um processo que assegure que o cliente esteja empoderado para articular a visão sobre sua própria adaptação e para influenciar nos objetivos da terapia. Como o OSA é baseado no Modelo da Ocupação Humana, ele serve também para comunicar ao cliente o quadro de referência teórico que o terapeuta utiliza. Além disso, ele permite que o cliente reflita sobre suas experiências,

desempenho e suas crenças, como meio de facilitar a comunicação e colaboração entre o cliente e o terapeuta (BARON et al., 2006).

Para ser utilizado como um recurso para avaliar as mudanças do cliente, o instrumento deve ser capaz de avaliar a sua adaptação ocupacional, fornecendo duas importantes medidas de adaptação: quando o cliente completa o instrumento, fornece um senso de valor, apresentando a importância de cada item, quão bem ele está funcionando na área representada e o seu entendimento sobre sua competência ocupacional; Quando o cliente desempenha bem uma área importante para ele, então teremos uma compatibilidade entre desempenho e importância. Porém, se o cliente tem um problema em um item de desempenho, a incompatibilidade será determinada segundo a importância que o cliente dá para esse item (BARON et al., 2006).

A compatibilidade entre competência e valor irá determinar a satisfação do cliente com sua capacidade de desempenho, conforme representado pela Figura 4. Caso o cliente tenha um problema em um determinado item e refere baixa importância, então esse item não tem grande interferência na satisfação ocupacional do mesmo (BARON et al., 2006).

Doing activities I like	lot of problem	some difficulty	well	extremely well	not so important	important	more important	most important
-------------------------	----------------	-----------------	------	----------------	------------------	-----------	----------------	----------------

Figura 4: Competência e valor no OSA.

Fonte: *Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2, 2006.*

Quanto maior for a distância entre as respostas dadas pelo cliente, pode-se afirmar que maior é a necessidade de intervenção pelo terapeuta ocupacional. Por exemplo, se o cliente avaliar o item “*Doing activities I like*” (fazer atividades que eu gosto) como tendo a “*lot of problem*” (muito problema) no desempenho e “*most important*” (muito importante) nos valores, isso é um indicativo de que esse item deve ser incluído no plano de metas terapêuticas. Contudo, a determinação da necessidade de mudança será apontada pelo cliente. O terapeuta pode participar no processo de reflexão, caso necessário, mas não pode determinar o que deve ser escolhido (BARON et al., 2006).

Seguindo o raciocínio apresentado anteriormente, após algum período de intervenção, o OSA pode ser reaplicado como meio de *follow up* ou como medida de

desfecho do processo terapêutico, comparando a pontuação da avaliação inicial com a pontuação das avaliações subsequentes (BARON et al., 2006).

O OSA oferece aos profissionais e pesquisadores uma medida válida e confiável dos aspectos da volição, habituação, habilidades de comunicação/interação, habilidades de processo, habilidades motoras, e as influências ambientais sobre a participação (KIELHOFNER et al, 2010).

O instrumento foi traduzido para dezesseis línguas, dentre elas: árabe, chinês, dinamarquês, holandês, finlandês, francês, alemão, islandês, esloveno, espanhol, coreano, malaio, japonês, persa, sueco e português (Portugal) (MODEL OF HUMAN OCCUPATION, 2016).

Frente às contribuições para o conhecimento sobre a ocupação, utilizando-se de um instrumento que permite uma uniformização de linguagem dentre outros atributos raciocinados a partir do Modelo, a utilização do OSA no Brasil pode contribuir para a discussão da efetividade das ações de terapeutas ocupacionais brasileiros focadas na ocupação e permitir a comparação de dados com estudos de outros países onde a tradução já foi realizada.

1.5. A utilização do OSA por terapeutas ocupacionais: uma revisão da literatura

Com o intuito de analisar a utilização do OSA desde o seu desenvolvimento, em 2019 foi realizada uma revisão da literatura com o levantamento dos artigos publicados entre os anos de 1998, ano de criação do instrumento, e 2019 nas seguintes bases de dados: OT Seeker, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), PubMed, Scopus, e na base *Web of Science*, utilizando as palavras-chaves: *occupational self assessment*, e a combinação “*occupational self assessment*” AND “*occupational therapy*”. Foram encontrados um total de 154 artigos.

Após a leitura dos artigos, foram eliminados aqueles que não abordassem a aplicação do OSA, artigos repetidos e também aqueles que abordassem a escala “*Child Occupational Self Assessment*”, totalizando 39 artigos incluídos nessa revisão.

Oito estudos de tradução e validação das propriedades psicométricas do OSA foram encontrados na literatura, dentre os quais é possível identificar diferentes métodos

de tradução e avaliação psicométricas. Os estudos de validação do OSA buscaram analisar o instrumento em diferentes culturas e sob diferentes contextos.

Na versão dinamarquesa, uma análise qualitativa foi realizada com oito terapeutas ocupacionais, que aplicaram as escalas para avaliar os termos traduzidos e a aplicabilidade do instrumento. Em seguida, dois terapeutas ocupacionais analisaram as respostas aos dados obtidos na aplicação. Seguindo os conceitos do Modelo e a análise das respostas dadas na coleta de dados, uma nova versão foi criada e submetida a uma retrotradução. Dessa forma, os autores justificaram que a metodologia empregada foi suficiente para validar o instrumento para uso no contexto dinamarquês (PETERSEN; HARTVIG, 2008).

Dois artigos fizeram a validação do OSA contando com estudantes como sujeitos de pesquisa. O processo de validação para utilização do OSA na Jordânia seguiu um procedimento prévio de tradução e teste-reteste da escala traduzida com um grupo de 50 alunos, obtendo resultados satisfatórios. A etapa de validação do instrumento foi realizada por meio do teste da hipótese, relacionando os conceitos do Modelo abordados no OSA ao conceito de bem-estar de 670 estudantes universitários. O estudo mostrou uma correlação significativa forte do senso de competência ocupacional medido pelo OSA, quando comparado com uma escala de avaliação cognitiva e outra escala subjetiva do bem-estar (YAZDANI; JIBRIL; KIELHOFNER, 2008).

O outro estudo com estudantes foi desenvolvido no Irã, com 336 alunos do ensino médio. Este estudo buscou avaliar a validade de construto e o fator estrutural desta versão. Foram utilizados a análise de *Rasch* e a Análise Fatorial confirmatória como testes estatísticos para a análise dos dados coletados. Ambos os testes mostraram forte evidência da validade de construto do instrumento, apontando que os itens da competência ocupacional e valores do OSA medem satisfatoriamente os traços latentes do Modelo. Apesar da necessidade de novos estudos para determinar possíveis diferenças entre as culturas, idades e presença de ocupações na influência das respostas da versão traduzida do OSA no Irã, o instrumento mostrou-se efetivo na medida dos construtos de competência ocupacional e valores para alunos do ensino médio (ASGARI; KRAMER, 2008).

O estudo conduzido na Malásia realizou a tradução do instrumento por cinco terapeutas ocupacionais fluentes em inglês e nativos na língua malaia. Foram realizados os testes de correlação com a escala analógica visual de dor, com o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e também com o instrumento *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21). O instrumento apresentou índice excelente no *Alpha* de *Cronbach* (0,91) que demonstra a sua alta confiabilidade na aplicação. Para a mesma amostra, o Coeficiente de Correlação Intraclasse variou de 0,41 a 0,84, o que indica a boa reprodutibilidade dos resultados obtidos. A versão malaia do OSA possui validade convergente, pois a amostra estudada apresentou correlação moderada no domínio da capacidade física do SF-36 com escala de competência ocupacional do OSA. Porém, foi encontrada uma correlação fraca com o restante dos domínios dos instrumentos (MURAD; FARNWORTH; O'BRIEN, 2011).

A última tradução e validação publicada sobre o OSA foi realizada na Turquia, e buscou analisar a correlação do instrumento com as avaliações *World Health Organization Quality of Life-Old* (WHOQOL-OLD) e *Functional Autonomy Measurement System* (SMAF), com pessoas idosas. O instrumento foi traduzido por dois terapeutas ocupacionais fluentes em ambas as línguas e retrotraduzido por um tradutor independente. Com isso, criou-se a versão retrotraduzida e realizado um teste piloto com 20 indivíduos idosos para determinar possíveis adequações no instrumento. Para a avaliação da validade convergente, ambas as escalas apresentaram correlação moderada com o OSA. Dessa forma, a versão turca do instrumento encontra-se adequada para determinar a competência ocupacional e valores de pessoas idosas naquele país (PEKÇETIN et al., 2017).

Além dos estudos de tradução e validação do OSA em outras culturas, também foi encontrado um estudo de validade realizado nos Estados Unidos com o intuito de comparar três instrumentos de avaliação centrados no cliente. Stuber e Nelso (2010) analisaram a validade convergente entre os instrumentos Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), *Melville-Nelson Self-Identified Goals Assessment* (SIGA) e o OSA. Os três instrumentos foram aplicados em 30 participantes hospitalizados em Ohio. Os autores encontraram as maiores correlações entre as pontuações dos instrumentos SIGA e COPM. Isso ocorreu pelo fato do instrumento SIGA ter utilizado a COPM como base em sua criação. Porém, correlações moderadas foram encontradas entre o OSA e a COPM, como também correlações entre o OSA e o

SIGA. Isso mostra que os três instrumentos são efetivos na avaliação centrada no cliente, cabendo ao terapeuta escolher o instrumento mais adequado: segundo seus objetivos, tempo de aplicação e o Modelo de Prática adotado pelo profissional.

Diversos estudos têm sido publicados para análise do OSA com diferentes grupos e também realizando a comparação com vários instrumentos de avaliação na análise das ocupações. O estudo de Nakamura-Thomas e Kyougoku (2013) abarcou o envelhecimento e sua relação com o controle do ambiente. Com o envelhecimento, as pessoas vivenciam a competência ocupacional realizando atividades de vida diária baseadas em experiências satisfatórias e no descobrimento de novos meios para resolver problemas (KIELHOFNER, 2008). É inevitável que o nível funcional de pessoas idosas diminua com o tempo e influencie nos seus níveis de independência.

No Japão, uma política pública determina que os idosos que não são capazes de desempenhar atividades da vida diária de forma independente são elegíveis para não morarem sozinhos. Assim, o estudo realizado no Japão buscou relacionar a competência ocupacional de pessoas que moravam sozinhas comparando-as com aquelas que conviviam com os seus familiares, baseado no nível de engajamento nas atividades de organização domiciliar. Para a obtenção desses dados, os autores comparam as respostas de ambos os grupos através do OSA e do *Falls Efficacy Scale* (FES); uma escala de 10 itens que avalia atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária por meio do nível de confiança ao realizar as atividades numa escala de 1 a 10 (KATO et al., 2008). Os autores encontraram que a pontuação no OSA foi significativamente maior em pessoas que desempenham atividades domésticas.

Um dos aspectos da competência ocupacional é a participação em uma variedade de ocupações que forneçam o senso de habilidade, controle, satisfação e realização (KIELHOFNER, 2008). Porém, pessoas idosas sentem que perdem o controle sobre ações e decisões em sua rotina conforme se aumenta o nível de limitações relacionadas à idade. Então, o estudo de Nakamura-Thomas e Kyougoku (2013) aponta para a importância da prática da Terapia Ocupacional centrada no cliente, por meio da correlação da avaliação do OSA, objetivando o desempenho das atividades da vida diária e atividades instrumentais de vida diária tanto como promotoras de funcionalidade, como também na prevenção de agravos à saúde da população idosa.

O estudo de Venable et al. (2000) foi selecionado nessa revisão por utilizar o OSA e um questionário de dependência nas atividades de vida diária para analisar o nível de dependência de pessoas idosas, divididas em dois grupos: os que realizavam atividades sociais e aqueles que realizavam exercícios físicos aliados à atividades sociais. Os autores encontraram que os idosos que realizavam exercícios físicos possuíam uma correlação negativa entre o nível de dependência nas atividades diárias quando comparadas ao OSA, isto é, ao realizar exercícios físicos os idosos ampliam sua percepção de capacidade de desempenho e reduzem a sua dependência nas atividades da vida diária.

Outro estudo selecionado também foi realizado no Japão e tratou da qualidade de vida comparando a competência ocupacional de idosos confinados no ambiente doméstico com aqueles não confinados. Ishibashi et al. (2013) fizeram essa avaliação por meio do envio, por correio, de um questionário de qualidade de vida e o OSA para uma amostra de 1.991 idosos. Foi possível dividi-los em quatro grupos: 1- não confinados e com alto desempenho ocupacional, 2- não confinados e com baixo desempenho ocupacional, 3- confinados e com alto desempenho ocupacional e 4- confinados e com baixo desempenho ocupacional.

A comparação entre os grupos 1 e 3, ambos com alto desempenho ocupacional, apontou melhores resultados na qualidade de vida para o grupo 1. Esse dado mostra que a capacidade de desempenhar e se engajar satisfatoriamente em ocupações, para além do ambiente domiciliar, leva a uma melhor qualidade de vida aos idosos. Porém, a comparação entre os grupos 3 e 4, ambos confinados no ambiente doméstico, apontam para melhor qualidade de vida para aqueles que tem alto desempenho ocupacional. Os autores concluem que o nível do desempenho ocupacional é mais relevante na qualidade de vida de idosos do que a capacidade de sair de casa. Porém, aqueles que possuem o mesmo nível ocupacional, mas que conseguem acessar ambientes externos experimentam um efeito positivo na qualidade de vida (ISHIBASHI et al., 2013).

O estudo de Svidén, Tham e Borell (2004), também envolvendo idosos, aponta que o aumento dessa população tem incentivado a criação de centros dia para cuidados dessas pessoas, principalmente daqueles que possuem limitações no desempenho de atividades da vida diária. Porém, como não há guias específicos para a criação desses centros, um estudo foi conduzido na Suécia para comparar as características de pessoas

que frequentam centros de convivência, e aqueles que recebem atendimentos em centros de reabilitação. O estudo verificou a funcionalidade percebida e a competência em atividades da vida diária de pessoas idosas, por meio da análise das respostas na avaliação *Sickness Impact Profile* (SIP) e no OSA. A amostra do estudo foi composta por uma variedade de diagnósticos médicos, sendo que as sequelas se concentravam nas limitações e incapacidades físicas. Na análise das respostas do OSA, de ambos os grupos, os maiores comprometimentos na capacidade de desempenho foram nos itens: “fisicamente fazer o que preciso fazer”, “chegar ao lugar a que preciso ir” e “cuidar do lugar onde moro”. Em contrapartida, o item avaliado com melhor índice de competência ocupacional por eles foi: “conviver com outras pessoas”. Na comparação dos dados do OSA com o SIP, ambos os grupos apresentaram limitações físicas, porém aqueles que frequentavam centros de convivência apresentaram melhor percepção psicossocial do que aqueles que frequentavam o centro de reabilitação. Apesar das várias dificuldades cotidianas encontradas pela população idosa na realização de atividades de vida diária, a interação social e convivência com outras pessoas tornam-se os fatores mais importantes e de maior capacidade de desempenho reportados por eles.

Esses dados corroboram com o pressuposto dado pelo Modelo da Ocupação Humana, na qual a relação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos da pessoa moldam a sua relação com as ocupações, ou seja, para a população idosa com incapacidades físicas, a competência e a identidade ocupacional são moldadas pela importância dada ao relacionamento e convivência com outras pessoas; portanto envolve uma interação com o ambiente (KIELHOFNER, 2008).

Crist et al. (2013) destacam que o OSA também é útil na determinação de demandas para a estruturação de serviços de Terapia Ocupacional. O instrumento foi utilizado pela *Duquesne University* em colaboração com a *Goodwill Industries of Pittsburgh* na implementação do serviço de Terapia Ocupacional como parte de um programa de reintegração social da cadeia do condado de *Allegheny*. A utilização do OSA nesse programa teve o objetivo de avaliar e determinar demandas para intervenção com os internos, e principalmente, o instrumento foi utilizado para produzir evidências sistemáticas de prática com essa população para melhorar o processo de intervenção e ampliar as informações disponíveis para os profissionais.

Foi possível identificar a influência do ambiente ao dar forma aos papéis ocupacionais e nas relações dessas pessoas. Um dado interessante observado nas respostas dos internos foi que os quatro itens com maiores prioridades na relação competência ocupacional/valores foram relacionados ao ambiente em que os internos viviam: “Um lugar para viver e cuidar de mim mesmo”, “As coisas básicas que eu preciso para viver e cuidar de mim mesmo”, “As coisas que eu preciso para ser produtivo”, “Um lugar onde posso ser produtivo (trabalho, estudo, ser voluntário)” e apenas um item abordou o desenvolvimento de uma habilidade pessoal (Administrar meu dinheiro). Assim, é possível evidenciar a necessidade do desenvolvimento de habilidades ocupacionais no período de internação e que foco da intervenção também deva ser no acompanhamento e no desenvolvimento de habilidades quando esses presidiários retornarem para a sociedade (CRIST et al., 2013).

Em relação à utilização de escalas de avaliação de pessoas internadas no sistema prisional, um estudo realizado em 2016 mostrou que, em média, 51% dos terapeutas ocupacionais que trabalham com essa população não utilizam nenhuma escala de avaliação; e quando perguntados sobre quais escalas de avaliação eles estariam inclinados a utilizar na prática profissional, 22% deles relataram que utilizariam o OSA como meio de avaliação (MUNOZ; MORETON; SITTERLY, 2016).

Taylor e Kielhofner (2003), publicaram um relato acerca da intervenção baseada no Modelo da Ocupação Humana com uma cliente com Síndrome da Fadiga Crônica, para auxiliar no levantamento das suas limitações. Pessoas que possuem essa síndrome frequentemente enfrentam uma fadiga incapacitante com sintomas cognitivos e somáticos que interferem significativamente nas ocupações (TAYLOR; FRIEDBERG; JASON, 2001). Por meio do preenchimento da escala, foi possível auxiliar a cliente na compreensão da sua vida ocupacional, permitindo esclarecer e identificar grandes discrepâncias entre os seus desejos e o atual desempenho de atividades (TAYLOR; KIELHOFNER, 2003).

A análise das respostas mostrou que a cliente possuía boas habilidades sociais e habilidade de identificar e resolver problemas. Porém, com a progressão da síndrome, essas habilidades fugiram do seu controle. A discussão entre cliente e terapeuta concluiu que o não uso dessas habilidades tornava o dia-a-dia da cliente pior. Dessa forma, foi possível eleger prioridades e metas de ação para melhorar o desempenho do

autocuidado, como gerir suas responsabilidades domiciliares e no trabalho, além de auxiliar a cliente em estratégias para o controle financeiro. Por último, a cliente selecionou que também gostaria de melhorar a sua capacidade de concentração, que interferia diretamente na sua atividade laboral. Com esse caso foi possível observar a potencialidade do OSA na identificação de áreas prioritárias de intervenção seguindo os conceitos do Modelo da Ocupação Humana, centrado em áreas que a cliente relatou serem importantes para ela, ampliando assim a efetividade da intervenção e a colaboração entre o terapeuta e a cliente (TAYLOR; KIELHOFNER, 2003).

Em outro estudo, também sobre fadiga crônica, conduzido por Taylor et al. (2010) destaca-se que, de acordo com o Modelo da Ocupação Humana, quando uma doença interfere na percepção de competência ocupacional compreende-se que houve uma interrupção da volição através da qual a pessoa antecipa, escolhe, experiencia e avalia o que ela faz. Além disso, diz respeito a como alguém atribui valores, define interesse e se sente competente em ocupações diárias (KIELHOFNER, 2008). Considerando os impactos funcionais da Síndrome da Fadiga Crônica, foram avaliados 39 jovens com essa síndrome em 3 períodos: na fase aguda, após 12 meses e após 24 meses. Os resultados da aplicação do OSA, quando comparados a um questionário de qualidade geral de saúde, mostraram que esses jovens têm baixos níveis de competência ocupacional, além de dificuldades com o desempenho físico, baixo desempenho acadêmico, impacto nas atividades sociais e pobre estado geral de saúde. Os achados comprovam o impacto dessas limitações na volição e na qualidade de vida desses jovens.

Pessoas com o vírus HIV/AIDS apresentam problemas sensório motores, cognitivos, e emocionais que afetam a sua capacidade funcional, incluindo fadiga, dor crônica, problemas de mobilidade, neuropatia periférica, problemas de concentração e memória, depressão e ansiedade e impacto no autocuidado (NICHOLAS et al., 2010). Misko, Nelson e Duggan (2015), conduziram um estudo para determinação dos impactos da terapia ocupacional no trabalho, de problemas relacionados aos hábitos, papéis e volição de pessoas com HIV/AIDS. Os autores fizeram o acompanhamento de três pessoas, em que foi possível realizar a aplicação do OSA e a discussão com essas pessoas sobre suas percepções de competência ocupacional. Apesar das pessoas avaliadas possuírem múltiplas limitações e impactos provenientes do HIV/AIDS, o

OSA mostrou que as dificuldades percebidas por esses clientes se relacionavam com problemas na volição, habituação, desempenho e com os seus próprios corpos.

O estudo de Anandan et al. (2006) também foi realizado em uma amostra de pessoas com HIV que apresentavam fadiga, medo, dificuldade de concentração, dores musculares e depressão. Tais incapacidades refletem o nível de competência ocupacional, sendo que administrar o próprio dinheiro, os aspectos motores relacionados a fazer o que eles precisam fazer, ter uma rotina satisfatória e concluir o que eles precisam fazer, apareceram como os principais impactos na competência ocupacional dessa população.

A utilização dos conceitos do Modelo da Ocupação Humana junto a essa população é de especial relevância, pois a volição geralmente está prejudicada, causando dúvidas quanto às suas habilidades em superar problemas cotidianos. As necessidades de uma pessoa com HIV variam de modo que a prática centrada nesses clientes leva a observação de objetivos terapêuticos que são relevantes individualmente (MISKO; NELSON; DUGGAN, 2015).

A taxa de sobrevivência pós-câncer é de 68%, no entanto, o tratamento pode deixar sequelas que impactam no engajamento no trabalho e em atividades diárias. Nas relações de trabalho, as pessoas que sobreviveram ao câncer tendem a ser estigmatizadas pelos colegas. Essa situação tende a piorar quando os efeitos tardios da doença aparecem após 10 anos, pois os impactos ficam mais evidentes em sua vida produtiva. O auxílio a essas pessoas se inicia com o conhecimento das incapacidades, para então criar estratégias de superação no ambiente de trabalho. Os impactos são mais presentes nas questões de capacidade de desempenho, quando sobreviventes de câncer qualificam os itens “fisicamente fazer o que preciso fazer” e “concluir o que preciso fazer” como as áreas com maiores problemas em sua rotina (CRIST, 2013).

Pessoas com acidente vascular cerebral (AVC) frequentemente tem sua qualidade de vida afetada por meio de sequelas físicas, mentais, cognitivas e impactos sociais. Acredita-se que o desempenho ocupacional esteja relacionado à qualidade de vida, sendo essa uma das teorias básicas de ação da Terapia Ocupacional (HAMMELL; IWAMA, 2012; WILCOCK, 1993), o que implica que a saúde e bem-estar das pessoas pode ser melhorada por meio da participação em atividades significativas (DOBLE; SANTHA, 2008).

Chae e Moonyoung (2016) avaliaram a relação entre a capacidade de desempenho e qualidade de vida de pessoas que sofreram AVC. Os autores aplicaram o questionário de qualidade de vida *Personal Well-being Index-Adult* (PWI-A) e o OSA em 92 pessoas. Na amostra estudada os itens “Cuidar de outros por quem sou responsável” e “Estar envolvido em atividades como a de estudante, trabalhador, voluntário, e/ou membro de família”, apresentaram os menores valores para a competência ocupacional, porém eles escolheram como prioridade terapêutica o item “Cuidar de mim mesmo”. Curiosamente, o item “Estar envolvido em atividades como a de estudante, trabalhador, voluntário, e/ou membro de família”, apesar de ter obtido o segundo menor valor na competência ocupacional, foi o menos escolhido como foco de terapia. Quando comparadas às pontuações do OSA com o PWI-A, obteve-se correlação positiva moderada entre as escalas ($p < 0,05$), evidenciando que quanto maior for a competência ocupacional da pessoa que sofreu um AVC, maior será sua qualidade de vida percebida (CHAE; MOONYOUNG, 2016).

Ay-Woan et al. (2006) relatam que a competência ocupacional e a satisfação com o desempenho ocupacional emergem como um preditor significativo de qualidade de vida em pessoas com depressão. Assim, a habilidade para engajar em ocupações e a satisfação advinda desta participação impactam diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Comprovando a efetividade do OSA como um instrumento de avaliação inicial e delimitação de objetivos para serem trabalhados na terapia ocupacional, um estudo realizado com pessoas atendidas em um centro de acolhimento para pessoas em situação de rua e com questões de saúde mental, apontou que o quesito “administrar meu dinheiro” na escala de avaliação do *Myself* e o item “um lugar para viver e cuidar de mim mesmo” na escala de avaliação do *My Environment*, foram escolhidas como prioridades de mudança para essa população (HELFRICH; CHAN, 2013). Foi realizada uma intervenção por seis meses junto a esse grupo. Antes da intervenção os participantes se avaliaram como mais competentes em itens considerados menos difíceis no OSA, refletindo a habilidade de sanar necessidades básicas da rotina. Com o passar das sessões, alguns participantes conseguiram adquirir moradia e começaram a se tornar mais competentes em itens de maior nível de dificuldade como “cuidar do local onde vivo”. Os resultados deste estudo apontam para a importância de uma prática centrada nas necessidades auto referidas, pois temas como “administrar meu dinheiro”

geralmente são negligenciados pelos profissionais em função da situação de vulnerabilidade enfrentada pelos clientes, porém, esse foi um fator decisivo na mudança da rotina deles.

A respeito da prática da terapia ocupacional, especial atenção é dada na volição das pessoas e na adaptação do processo de resolução de problemas por eles (TOWNSEND, 1997). Nesse sentido, Ishikawa e Okamura (2008), por meio da aplicação do OSA com dois grupos de pessoas com esquizofrenia (aqueles residentes em instituições de longa permanência e; aqueles que obtiveram alta e recebem atendimento ambulatorial) observaram que, apesar da necessidade da manutenção da internação, as pessoas que residiam em instituições de longa permanência relataram melhor competência ocupacional quando comparadas com aquelas que receberam alta. Conforme explicita o Modelo da Ocupação Humana, o comportamento ocupacional e o desempenho ocupacional são moldados em função de fatores intrínsecos e extrínsecos (KIELHOFNER, 2008).

Os autores atribuem esse fato à organização que as instituições oferecem aos internos, onde as atividades cotidianas e o ambiente são organizados de modo a dar estabilidade para permitir o desempenho ocupacional dos residentes. Os itens avaliados com as melhores pontuações na satisfação ocupacional dessa amostra foram: “fisicamente fazer o que preciso fazer”, “cuidar do local onde moro”, e “realizar o que me propus a fazer”. Fatores como a idade e os sintomas mentais associados à estabilidade oferecida pela instituição de longa permanência impactam diretamente na possibilidade de alta desses clientes. Os autores concluem que existe necessidade da atuação dos terapeutas ocupacionais para uma adequada preparação e condução desses clientes no processo de alta, pois os profissionais devem auxiliar na readequação dos papéis ocupacionais ao receberem alta para o convívio em sociedade (ISHIKAWA; OKAMURA, 2008).

A relação entre os aspectos inerentes ao indivíduo, ou seja, a volição, habituação e capacidade de desempenho formam sua identidade ocupacional, ou seja, o senso sobre o que o sujeito é no que deseja se tornar, com base nas experiências acumuladas ao longo da vida e nos seus valores ocupacionais (KIELHOFNER, 2008). Considerando esses fatores, o Modelo da Ocupação Humana é relevante para auxiliar na determinação de objetivos em um programa de alocação profissional, pois permite analisar aspectos

como valores e competência ocupacional (NYGREN et al., 2013). Com objetivo de analisar os valores ocupacionais e o senso de competência ocupacional de pessoas com questões de saúde mental, Nygren et al. (2013) aplicaram o OSA em um serviço de assistência a alocação profissional. As atividades avaliadas como mais importantes para essa amostra foram os itens: “administrar meu dinheiro”, “lidar com minhas necessidades básicas” e “fazer atividades que eu gosto”. Sendo os itens “concluir o que preciso fazer” e “realizar o que eu me propus a fazer” com as piores avaliações para a competência ocupacional. Os resultados e discussão com os participantes mostraram que, para eles, foi mais fácil avaliar atividades importantes (valores), do que avaliar as atividades mais bem desempenhadas (competência ocupacional). Este fato é conceituado como relutância; pois a despeito das atividades diárias serem bem desempenhadas elas são avaliadas como não importantes (KIELHOFNER; FORSYTH, 2001).

Nygren et al. (2013) discutem que deve ser dada atenção não apenas às atividades avaliadas como importantes para as pessoas, mas também naquelas que elas avaliaram com piores níveis de competência ocupacional. Como as pessoas tendem a ter dificuldades para avaliar a sua própria competência ocupacional, o foco nessas atividades pode ser útil em seu processo de ter um emprego.

Sempre que uma pessoa sofre uma lesão ocorrem impactos diretos na volição, habituação, na capacidade de desempenho, como também na participação (KIELHOFNER, 2008). Murad et al. (2013) avaliaram a competência ocupacional e os efeitos emocionais negativos em trabalhadores com lesões musculoesqueléticas. Os autores utilizaram o OSA e o questionário “*Depression, Anxiety and Stress Scale-21*” para essa avaliação. Os dados apontam que há uma correlação entre o nível de desempenho ocupacional e os efeitos emocionais negativos na amostra estudada. Quanto maior a incapacidade física apresentada pelo trabalhador, maiores serão os impactos ocupacionais e emocionais nessa pessoa. Os dados mostram ainda que a lesão não apenas impacta a capacidade laboral dessas pessoas, como também têm uma relação direta com a realização das atividades diárias, no senso de auto eficácia e na qualidade de vida desses trabalhadores.

Segundo o autor supracitado, a utilização de atividades para a promoção e manutenção dos interesses, rotina e desempenho das atividades da vida diária nos

períodos iniciais da reabilitação desses trabalhadores são primordiais para a manutenção da saúde mental e ganhos funcionais ao longo do tempo e no possível retorno ao trabalho (MURAD et al., 2013).

Frente a questões de saúde mental, como o sofrimento gerado pela depressão, as pessoas tendem a sentir baixa autoestima, sentimento de culpa, desesperança e falta de sentido na vida. Esses sintomas afetam o desempenho ocupacional, bem como as áreas cognitiva, fisiológicas, emocionais e sociais. Atividades diárias como o cuidar da casa, preparar as refeições, autocuidado, relacionar-se com outras pessoas são afetadas (BROWN; STOFFEL; MUNOZ, 2012). Considerando que o Modelo da Ocupação Humana busca explicar como as pessoas escolhem e se motivam para fazer coisas em suas rotinas, considerando as suas habilidades (KIELHOFNER, 2008), avaliar mudanças no desempenho ocupacional e sintomas de afeição de pessoas com depressão, é importante.

O estudo longitudinal desenvolvido por Daremo et al. (2015) e colaboradores se propôs a realizar com avaliações repetidas para mensurar essa evolução. Os autores encontraram que os sintomas de afeição apresentam melhoras previamente à melhora da competência ocupacional. Esse dado traz uma nova perspectiva para o tratamento da depressão, na medida em que deve considerar a avaliação da competência ocupacional como critério para a alta desses clientes.

Outro ponto relevante foi que os itens relacionados à habituação no OSA foram os mais frequentemente avaliados com baixo desempenho ocupacional nessa amostra e que também apresentou melhoras ao final da intervenção. Como a habituação molda a forma ocupacional e a rotina, a correta intervenção desse contexto na vida de pessoas com depressão é de suma importância (DAREMO et al., 2015).

O uso abusivo de drogas também afeta a competência ocupacional das pessoas. A aplicação do OSA com pessoas que fazem uso de drogas revela impactos no desempenho ocupacional, volição e habituação. Essas pessoas consideram que não desenvolveram ou perderam a habilidade de realizar sua automanutenção e veem esse quesito como uma das prioridades de mudança em suas vidas. Conforme o estudo de Davits e Cameron (2010) a rotina e os papéis ocupacionais de usuários de drogas são focados em aspectos relacionados ao consumo, porém o OSA mostra um forte desejo por parte deles em mudar esse comportamento, onde os itens “lidar com minhas

responsabilidades”, e “relaxar e me divertir” foram os itens da habituação mais frequentemente escolhidos como prioridade de mudança. “Trabalhar em direção aos meus objetivos” e “realizar o que me propus a fazer” foram os itens volicionais mais escolhidos como objetivo de mudança por esse grupo (DAVITS; CAMERON, 2010).

Apesar do OSA não ser desenvolvido especificamente para rastrear os efeitos do uso de drogas nas ocupações, ele reflete a potencialidade do seu uso para identificar e refletir sobre o serviço oferecido pela terapia ocupacional, no sentido de atender as prioridades e dificuldades encontradas por essa população (DAVITS; CAMERON, 2010).

Uma das barreiras na utilização de instrumentos de auto avaliação para avaliar resultados da terapia é a preocupação com a confiabilidade e sensibilidade destas avaliações. Terapeutas tendem a utilizar escalas que demonstrem solidez psicométrica com a capacidade de avaliar mudanças ao longo do processo de intervenção (KIELHOFNER, 2010). Estudos anteriores contribuíram com evidências de que o OSA possui confiabilidade e validade (KIELHOFNER; FORSYTH, 2001).

A avaliação do cliente como ser único e individual com valores particulares e senso de capacidade pode determinar a natureza da intervenção da terapia ocupacional. Esses fatores são princípios básicos do Modelo de Ocupação Humana. Logo, faz-se necessário a adaptação transcultural e validação das escalas propostas por este Modelo para o contexto de atuação da terapia ocupacional brasileira, conforme propõe o presente estudo para o instrumento OSA.

2. Objetivo Geral

2.1. Realizar a adaptação transcultural do instrumento “*Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2*” para a língua portuguesa (Brasil), testar as propriedades psicométricas da versão brasileira do OSA-BR e analisar relações desta versão com medidas de independência funcional, qualidade de vida e satisfação com a tecnologia assistiva por adultos com deficiência física.

2.2. Objetivos Específicos

Realizar as etapas de tradução, retrotradução, comitê de especialistas para equivalências linguísticas e pré-teste do “*Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2, 2006*”.

Testar a confiabilidade do instrumento “*Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2, 2006*” na língua portuguesa (Brasil), por meio da estabilidade e consistência interna da versão brasileira com amostra de pessoas adultas com deficiências físicas.

Examinar a validade de construto do instrumento “*Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2, 2006*” na versão brasileira com o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36, a Medida de Independência Funcional e a Avaliação da Satisfação do Usuário com a Tecnologia Assistiva de Quebec (QUEST) em amostra de adultos com deficiências físicas.

3. Hipóteses

O instrumento *Occupational Self Assessment (OSA-BR) Version 2.2, 2006* tem bons índices de confiabilidade no teste-reteste da versão brasileira;

A versão brasileira do instrumento *Occupational Self Assessment (OSA-BR) Version 2.2, 2006* apresenta validade de construto com itens do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36.

A versão brasileira do instrumento *Occupational Self Assessment (OSA-BR) Version 2.2, 2006* apresenta correlação positiva significativa com o nível de independência funcional, qualidade de vida e satisfação com a tecnologia por adultos com deficiências físicas.

4. Materiais e métodos

4.1. Tipo e abordagem de pesquisa

Trata-se de um estudo metodológico com abordagem quantitativa (POLIT; BECK, 2011).

4.2. Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada, via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (número do parecer: 2.636.017) (**Anexo 1**). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (**Apêndice 1**), autorizando a sua participação na pesquisa.

4.3. Local

A pesquisa foi desenvolvida pelo LAFATec- Laboratório de Análise Funcional e de Ajudas Técnicas⁴, do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos- UFSCar. A coleta de dados e a aplicação de todos os instrumentos foram realizadas na USE-Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos-São Paulo, a qual fornece atendimentos em Terapia Ocupacional para Adultos na Linha de Cuidado em Neurologia.

4.4. Procedimentos metodológicos

O presente estudo teve sua metodologia dividida em duas etapas distintas:

- 1- Processo de adaptação transcultural.
- 2- Procedimentos de confirmação de validade de construto, de confiabilidade e testes de correlação com outros instrumentos de medida.

4.5. Procedimentos metodológicos de adaptação transcultural

O processo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado com base em dois documentos internacionais: 1) *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report* e 2) *Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (BEATON et al, 2000; WILD et al, 2005).

O *guidelines* proposto por Beaton et al (2000) foi adotado para ser utilizado nesta pesquisa em virtude de ser um dos mais utilizados em pesquisas de adaptações

⁴ Todas as informações sobre o LAFATec podem ser encontradas em: <https://ufscarlafatec.wordpress.com/historico/>

transculturais no Brasil e no cenário internacional (PAULISSO, 2015; WILD et al, 2005; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2014).

A escolha das orientações de Wild et al (2005), referente ao *Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*, foi adotada para complementar o processo, por ser tratar de um relatório desenvolvido por uma força tarefa, onde, depois de identificada uma falta geral de consistência nos métodos e diretrizes de adaptações publicadas, o grupo viu a necessidade de desenvolver uma perspectiva holística que sintetizou tais métodos (PAULISSO, 2015).

O processo de tradução envolveu, conforme a orientação proposta nos I, a adaptação individual dos itens, as instruções dos questionários e as opções de resposta. O processo utilizado neste estudo foi dividido em seis estágios consecutivos. Na Figura 5 é possível visualizar, resumidamente, as etapas realizadas:

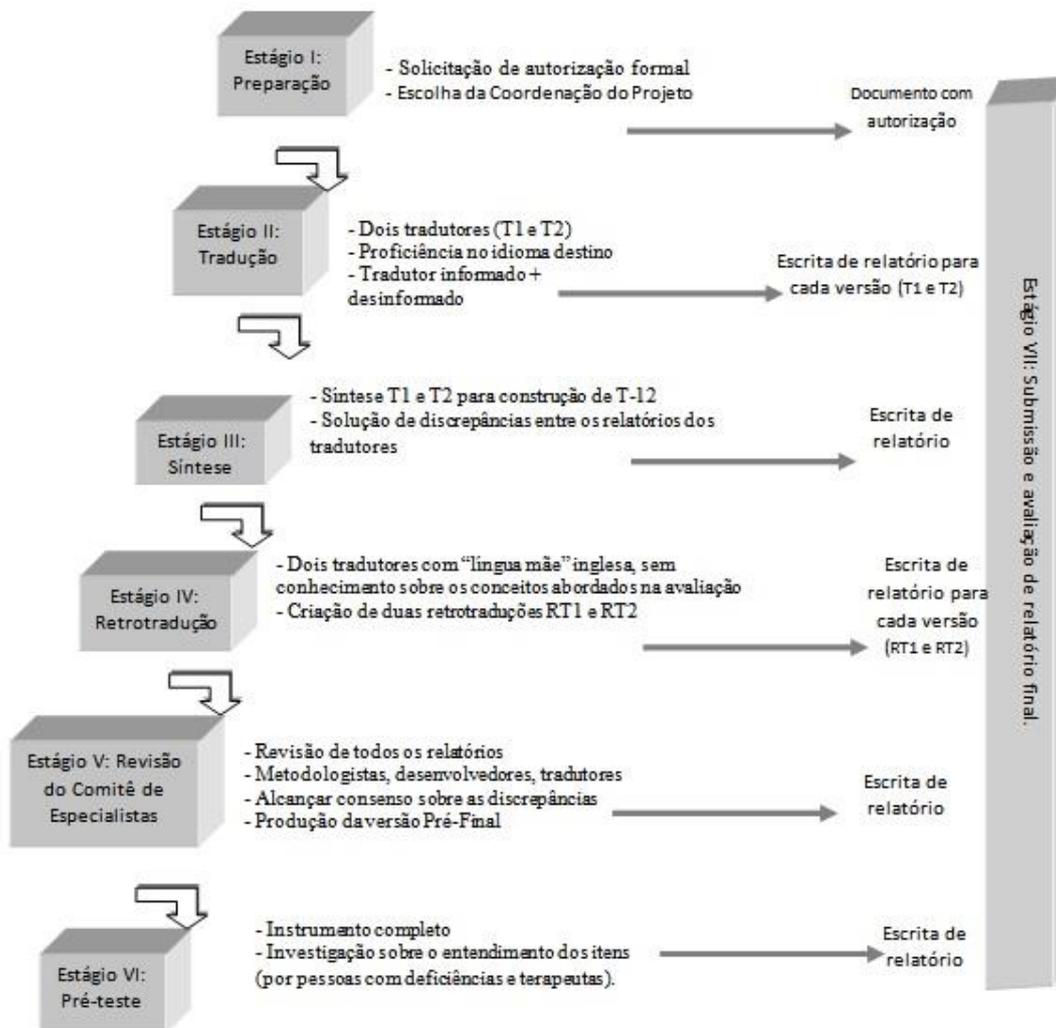


Figura 5: Representação das etapas recomendadas na adaptação transcultural

Fonte: Beaton et al (2000); Wild et al (2005) adaptado por Paulisso (2015, p.38).

A seguir, serão descritos os Estágios da adaptação transcultural:

Estágio 1: Preparação

Geralmente esta etapa é negligenciada ou omitida nos guias de orientação de adaptação transcultural de instrumentos. Este processo é importante, pois é onde se obtém a autorização dos criadores do instrumento que se pretende adaptar, evitando-se, dessa forma problemas com direitos autorais. Um passo importante no Estágio 1 é o convite para os desenvolvedores do instrumento participarem do processo de adaptação transcultural, assim podem auxiliar no processo de eliminação de ambiguidades e no esclarecimento de conceitos de cada item da escala analisada (WILD et al., 2005).

No Estágio 1 da adaptação transcultural, o pesquisador foi nomeado coordenador do procedimento e ficou responsável por orientar e supervisionar as demais etapas da adaptação. Também nesse estágio foi obtido o consentimento dos responsáveis pelo instrumento para a realização da adaptação transcultural do OSA para a língua portuguesa (Brasil) após o pagamento de uma taxa e de um Plano de Trabalho para a divulgação do instrumento do Manual para uso no Brasil (Anexo 2).

Estágio 2: Tradução

O Estágio 2 consistiu na tradução do instrumento da língua original (Inglesa-Americana) para a língua de destino (Portuguesa-Brasil).

Recomenda-se que pelo menos dois tradutores independentes realizem a tradução do instrumento para a língua de destino. O objetivo dessa fase é comparar as duas traduções a fim de eliminar ambiguidades e discrepâncias. A escolha menos adequada de uma determinada palavra pode ser modificada para melhor representar o sentido do item no novo idioma. Uma sugestão é que os tradutores tenham formações diferentes, para assim não enviesar o relatório final (BEATON et al., 2000).

O tradutor 1 (T1) foi um terapeuta ocupacional, fluente na língua Inglesa, com conhecimento sobre o OSA e que foi orientado sobre os objetivos da pesquisa, dessa forma a tradução foi realizada resguardando os conceitos que embasaram o desenvolvimento do OSA em sua língua original (BEATON et al., 2000).

O tradutor 2 (T2) foi um tradutor, fluente na língua Inglesa, que realizou a tradução sem orientação sobre os objetivos da pesquisa e também não foi orientado

sobre os conceitos do OSA, garantindo-se assim, que a tradução foi desempenhada focada apenas na tradução das palavras (BEATON et al., 2000).

Estágio 3: Síntese das Traduções

No Estágio 3 foi realizada uma reunião com os tradutores T1 e T2 para a produção da síntese das traduções entre os tradutores, referente aos itens das escalas “Myself” e “My Environment” do OSA. Conforme orientado por Beaton et al (2000) foi obtido o consenso entre os tradutores.

Uma reunião entre o tradutor 1 (T1) e o tradutor 2 (T2) deve ser realizada com o coordenador do projeto, para produzir uma síntese com uma tradução comum entre eles (tradução T12). Nesse estágio é importante documentar o processo de escrita da síntese e as opiniões dos tradutores (BEATON et al., 2000).

Estágio 4: Retrotradução

A síntese T12 foi realizada pelo coordenador da pesquisa após a reunião com os tradutores T1 e T2. Um novo instrumento foi formatado com as definições da síntese T12 e foi submetido à retrotradução.

A retrotradução foi conduzida por um retrotradutor 1 (RT1) nativo da língua Inglesa, formado em enfermagem e fluente na língua portuguesa. O retrotradutor 2 (RT2), é nativo na língua Inglesa, professor de inglês para brasileiros e fluente na língua Portuguesa. Conforme orientado por Beaton et al. (2000), nenhum dos retrotradutores possuía conhecimento sobre conceitos do MODELO DA OCUPAÇÃO HUMANA, nem dos objetivos da pesquisa. Evitando assim o viés teórico do conhecimento sobre terapia ocupacional na retrotradução dos itens dos questionários.

A intenção desta etapa é analisar se a retrotradução consegue expressar os mesmos conceitos do instrumento original. Nesta etapa destacam-se possíveis erros de tradução nos estágios anteriores. O Estágio 4 não garante concordância entre a retrotradução e a versão original, ela apenas garante a tradução dos conceitos. A retrotradução é apenas um tipo de validação, e auxilia na correção de erros grosseiros na tradução (BEATON et al., 2000).

Estágio 5: Comitê de Especialistas

Esta etapa é essencial para atingir a equivalência transcultural do instrumento. A função do comitê de especialistas é a de analisar todas as versões anteriores do instrumento e construir uma versão pré-final para ser avaliada em um pré-teste. As decisões do comitê tomam como base as equivalências: semântica, idiomática, experimental e conceitual (BEATON et al., 2000).

Para a análise pelo comitê de especialistas, o instrumento é desmembrado em frases e analisado segundo os seguintes conceitos:

- 1) Equivalência semântica: refere-se ao significado das palavras, quanto à gramática e vocabulário (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).
- 2) Equivalência idiomática: refere-se às expressões idiomáticas e figuras de linguagem comumente utilizadas em uma língua. As expressões idiomáticas devem ser adequadas à língua na qual o instrumento está sendo adaptado (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).
- 3) Equivalência conceitual: os construtos propostos no instrumento original devem ser mantidos no instrumento traduzido.
- 4) Equivalência cultural: as situações retratadas na versão original do instrumento devem ser coerentes com o contexto cultural para qual o instrumento foi traduzido (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Foram selecionados dez especialistas para compor o Comitê, sendo estes dois tradutores das etapas anteriores, sete terapeutas ocupacionais e um fisioterapeuta. O comitê foi formado seguindo a orientação de Beaton et al. (2000) de que sua composição deve ser realizada de forma a consolidar a versão pré-final do instrumento e habilitada para o pré-teste.

Os tradutores compuseram o comitê a fim de auxiliar na compreensão das frases traduzidas e significados de termos específicos do instrumento. Os terapeutas ocupacionais foram convidados por terem conhecimento sobre o Modelo da Ocupação Humana, experiência prática e também em função do instrumento ser uma medida voltada para a intervenção por esses profissionais; dessa forma as suas opiniões contribuiriam para a adequação dos termos seguindo os quatro conceitos mencionados anteriormente.

Por último, o convite a um fisioterapeuta foi realizado em função da experiência do mesmo com o desenvolvimento de escalas de avaliação e na aplicação desse tipo de

instrumento com pacientes. Este profissional permitiu analisar as traduções e a compreensão dos termos do instrumento por uma pessoa que não participou do processo de tradução e que não possuía conhecimento teórico-prático sobre o Modelo. Como o OSA tem o objetivo de ser autoaplicável, a avaliação pelo fisioterapeuta permitiu uma análise prévia ao pré-teste, de que o instrumento é compreensível por pessoas leigas no que se refere ao Modelo.

Estágio 6: Pré-teste da Versão Pré-final

O estágio final da adaptação transcultural é o pré-teste. O teste do novo questionário tem o objetivo da aplicação do instrumento na população alvo para a qual ele foi criado. Cada um dos participantes do pré-teste completa o preenchimento do instrumento e é entrevistado referente ao seu entendimento sobre cada item e à resposta dada. Isso garante que a versão pré-final possui equivalência em uma situação real de avaliação.

Ao final de cada coleta de dados os participantes responderam um questionário elaborado pelo pesquisador com o objetivo de avaliar a compreensão dos mesmos sobre o conteúdo de cada uma das escalas e também identificar aspectos onde as escalas pudessem ser melhoradas para se adequarem ao contexto brasileiro.

O questionário foi composto de quatro perguntas com respostas ordinais nominais sobre o tamanho da escala, conteúdo dos enunciados, dúvidas no preenchimento e se os participantes seriam capazes de preencher sozinhos os instrumentos. Também foi possível dar sugestões sobre pontos a serem modificados nos questionários. Para a análise desses dados, as respostas foram convertidas em escala de *Likert* para a avaliação da frequência das respostas.

Após o tratamento dos dados do pré-teste foi gerado um relatório explicitando todo o processo e também foi realizada a formatação da versão final do instrumento.

4.5.1. Procedimentos para a análise dos dados da Adaptação Transcultural

Foi utilizada a abordagem quali-quantitativa para a análise dos dados nas seguintes fases: Estágio II: Tradução; Estágio III: Síntese das traduções; Estágio IV: Retrotradução; Estágio V – Revisão do comitê de especialistas (análise dos comentários e sugestões oferecidas pelo comitê nas Fases 1 e 2 e para a reunião pessoal com um dos

autores do instrumento) e também foi utilizada essa abordagem no Estágio VI – Pré-teste (análise das insatisfações obtidas com o OSA em relação a análise do entendimento do instrumento).

A análise qualitativa foi realizada com o objetivo de dar estrutura aos dados, ou seja, organizar e interpretar as unidades obtidas por diferentes fontes (documentos elaborados pelos tradutores e retrotradutores, reunião pessoal com o autor do instrumento, perguntas abertas do instrumento sobre entendimento das frases e do próprio OSA e anotações e percepções do pesquisador enquanto coordenador do processo de tradução) (PAULISSO, 2015; PATTON, 2002; HENDERSON, 2009).

A análise quantitativa dos dados foi realizada nas seguintes fases: Estágio V – Revisão do Comitê de Especialistas (análise das características dos especialistas e para o índice de concordância (IC)⁵ com as equivalências nas Fases 1 e 2), onde o IC adotado foi de no mínimo 80% de concordância entre os especialistas. Foi utilizada análise quantitativa descritiva no Estágio VI – Pré-teste, por meio da análise das características dos participantes e para as pontuações obtidas com a aplicação dos instrumentos e quanto ao grau de compreensão com as frases do instrumento.

A análise quantitativa foi feita de forma descritiva simples por intermédio de distribuições de frequências e porcentagens. Tal distribuição significa um conjunto de pontuações organizadas em suas categorias e apresentadas em tabelas e é uma técnica bastante importante que permite conhecer, organizar e analisar dados em um estudo (PAULISSO, 2015; MURTEIRA, 1993; SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

4.5.2. Pré-teste do OSA

O pré-teste foi aplicado em campo, em um encontro único, em uma amostra de conveniência com 24 sujeitos (n=24), sendo doze (n=12) pacientes em processo de intervenção com terapeuta ocupacional e doze (n=12) estudantes de terapia ocupacional.

Para o grupo dos pacientes, os critérios de inclusão na pesquisa foram:

Ser maior de 18 anos;

⁵ O cálculo a ser realizado será $IC = \frac{\text{quantidade de concordâncias} \times 100}{\text{Concordância (n)} + \text{Discordâncias (n)}}$.

Pontuação maior ou igual à pontuação de corte no Mini Exame do Estado Mental⁶ (MEEM) estipulado no estudo de Bertolucci et al. (1994);
Possuir sequelas neurológicas.

Como critérios de exclusão estabeleceu-se a seguinte condição:

Incapacidade de preencher o instrumento de forma independente ou ditar as respostas ao responsável pela coleta de dados.

Como o OSA é um instrumento de auto avaliação a aplicação do MEEM visou garantir que os participantes deste estudo tinham condições cognitivas de compreensão do conteúdo da escala em validação.

Bertolucci et al. (1994) conduziram um estudo com o objetivo de analisar o desempenho cognitivo de pessoas na análise pelo MEEM. Os autores encontraram que a idade não influenciou nas respostas ao exame, porém, a pontuação é dependente do nível de escolaridade. Dessa forma, utilizou-se como critério de inclusão no presente estudo as pontuações de corte adotadas pelos autores:

13 pontos para analfabetos

18 pontos para baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos de estudo)

18 pontos para média escolaridade (4 a 8 anos incompletos de estudo)

26 pontos para alta escolaridade (8 ou mais anos de estudo)

Para a inclusão dos alunos de graduação foram utilizados os critérios:

Ser maior de 18 anos;

Score maior ou igual à pontuação de corte no MEEM estipulado no estudo de Bertolucci et al. (1994)

Estar cursando no mínimo o quinto semestre da graduação. O critério do semestre foi definido, considerando que é nesse período que os alunos fazem a prática de observação na Unidade Saúde Escola no estágio de Disfunção Física e Sensorial de Adultos.

⁶ O Mini Exame do Estado Mental é a escala mais amplamente utilizada no mundo e validada para o uso no Brasil, com fins de rastrear comprometimentos cognitivos. Mede funções como aritmética, memória e orientação (MELO et al, 2017).

Os alunos de graduação foram incluídos como participantes da pesquisa. Segundo Wild e colaboradores (2005), os profissionais precisam compreender o uso do instrumento e de seus objetivos. Nessa direção, com a participação desses alunos foi buscado-se analisar a compreensão dos itens por futuros profissionais de terapia ocupacional. Visto que, se o instrumento for compreendido por profissionais em formação, muito provavelmente também será compreendido por profissionais formados. Essa foi uma estratégia de abranger a terapia ocupacional na coleta de dados do instrumento, uma vez que não existe um terapeuta ocupacional que atue na USE na área de Disfunção Física, população alvo deste estudo.

Além disso, o pré-teste possibilitou, de acordo com os pressupostos de psicometria apontado por Pasquali (1998), obter garantias, ainda teóricas, de validade do instrumento.

4.6. Procedimentos para a Confiabilidade, Validade de Construto do OSA e testes de relação com outras medidas

A segunda etapa deste estudo teve como objetivo analisar as propriedades psicométricas da versão adaptada do OSA para o Brasil, além de analisar relações da aplicação do OSA com as variáveis da competência ocupacional e valores medidos pelo Modelo da Ocupação Humana, com o nível de independência funcional e satisfação com a tecnologia utilizada por adultos com deficiências físicas.

Nessa etapa foram selecionados quarenta (n=40) pacientes atendidos pelo Centro Especializado em Reabilitação de Araraquara-SP e na Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos.

Como inclusão foram utilizados os seguintes critérios:

Ser maior de 18 anos;

Score maior ou igual à pontuação de corte no MEEM estipulado no estudo de Bertolucci et al. (1994);

Possuir sequelas neurológicas.

Como critérios de exclusão teve-se:

Incapacidade de preencher o instrumento de forma independente ou ditar as respostas ao responsável pela coleta de dados.

4.6.1. Confiabilidade do OSA

A confiabilidade do OSA foi medida por meio dos testes de estabilidade e consistência interna.

O teste de estabilidade é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos. Pode ser realizada por meio do teste-reteste. A aplicação consistiu na aplicação e reaplicação do instrumento em um período de tempo pré-determinado para avaliar se o fator medido se mantinha o mesmo entre as avaliações (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017a).

Foi utilizado o teste de correlação interclasses como método estatístico para verificar a reprodutibilidade do instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017a).

Como procedimento para a coleta de dados para a condição dessa avaliação, a reprodutibilidade intra-examinador foi realizada por um terapeuta ocupacional, treinado para a aplicação do instrumento pelo pesquisador e que realizou a coleta com o participante em dois momentos distintos (nomeados de coleta 1 e 2), em um intervalo de dez a quatorze dias da primeira administração, conforme adotado em estudos anteriores (CARDOSO et al., 2015; CORDEIRO, 2007).

O teste da consistência interna foi realizado para determinar a homogeneidade do instrumento, isso é, se as suas subpartes medem a mesma característica. Foi utilizado o coeficiente alfa de *Cronbach* para mensurar o grau entre os itens da escala, utilizando como medida de corte o coeficiente mínimo de 0,7 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017a).

4.7. Validação do OSA

A validade refere-se ao fato de um instrumento medir exatamente o que se propõe (MOKKINK et al., 2010; ROBERTS; PRIEST; TRAYNOR, 2006). Ressalta-se que a validade não é uma característica do instrumento e deve ser determinada com relação a uma questão particular, uma vez que se refere a uma população definida.

4.7.1. Validade de Construto

A validação é um processo determinante na escolha ou aplicação de um instrumento de medida e é mensurada pela extensão ou grau em que um dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir (BITTENCOURT et al., 2011).

A validade de construto é considerada a forma mais fundamental de validade, pois ela constitui de maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes.

A validade de construto constitui a forma direta de verificar a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno a ser mensurado (PASQUALI, 2009). A fim de estabelecer a validade de construto, geram-se previsões com base na construção de hipóteses, e essas previsões são testadas para dar apoio à validade do instrumento (HAIR JUNIOR et al, 2009).

Não havia um instrumento na língua portuguesa brasileira, na ocasião da coleta de dados, a medir conceitos do Modelo da Ocupação Humana como nível de competência, valores de participação e habilidades ocupacionais do cliente, portanto, este estudo utilizou-se a técnica de validação de construto por meio do Teste de Hipóteses.

Como forma de analisar a validade de construto, comparou-se a versão brasileira do OSA com o instrumento de medida Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36. O instrumento consiste na avaliação da qualidade de vida em duas partes: na primeira, as questões avaliam o estado de saúde do indivíduo em 8 domínios: representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano (CICONELLI et al., 1999).

A comparação deste questionário com a versão brasileira do OSA teve por objetivo identificar se a auto avaliação da competência ocupacional de pessoas com sequelas neurológicas tinha impacto na qualidade de vida dessas pessoas. A escolha do SF-36 deu-se a partir de estudo anterior sobre o OSA onde Murad, Farnworth e O'brien (2011) identificaram correlações significativas desse instrumento com domínios do SF-36.

4.8. Testes de correlação do OSA

Como etapa final foram realizados testes de correlação entre a versão do OSA-BR com outros dois instrumentos descritos a seguir:

a) Avaliação da Satisfação do Usuário com a Tecnologia Assistiva de Quebec (QUEST):

Considerando que a implementação da tecnologia assistiva tem o objetivo de facilitar a participação e desempenho ocupacional das pessoas com deficiência ou restrição de mobilidade e que a sua usabilidade está diretamente relacionada à satisfação com o recurso, na presente tese buscou-se identificar correlações entre o OSA-BR quanto às variáveis da competência ocupacional e valores com a satisfação com a tecnologia. Dessa forma, o instrumento *Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology* (QUEST), o qual foi traduzido e teve sua confiabilidade testada e validade de conteúdo para utilização no Brasil em 2014 (CARVALHO; GOIS JÚNIOR; SÁ, 2014).

O QUEST foi desenvolvido para avaliar a satisfação de usuários de tecnologia assistiva em uma ampla gama de recursos. Sua criação teve o objetivo de desenvolver um instrumento para utilização clínica e de pesquisa. A utilização do QUEST, como um recurso clínico, é útil para documentar benefícios reais da tecnologia assistiva e justificar seu uso. Como um instrumento de pesquisa, ele serve para comparar dados de satisfação de outros instrumentos, para comparar a satisfação obtida entre diferentes grupos e em diferentes ambientes e países (DEMERS; WEISS-LAMBROU; SKA, 2002).

O QUEST é estruturado em formato de questionário com 12 perguntas fechadas e avaliadas em uma escala do tipo *Likert* de 1 a 5 (insatisfeito – totalmente satisfeito). No questionário, oito perguntas avaliam as características de uso do produto (dimensões, peso, ajustes, segurança, durabilidade, facilidade de uso, conforto e eficácia) e quatro questões avaliam a prestação de serviços (processo de entrega, reparos e assistência técnica, serviços profissionais e acompanhamento). Por fim, os usuários ainda conseguem escolher três características que eles consideram mais importantes dentre as 12 perguntas realizadas previamente (CARVALHO; GOIS JÚNIOR; SÁ, 2014).

Esse instrumento tem se destacado em estudos que verificam a satisfação do usuário em relação à tecnologia assistiva e naqueles estudos que realizaram a validação de outros instrumentos (CARVALHO; GOIS JÚNIOR; SÁ, 2014). A comparação dessa escala com o OSA teve por objetivo verificar se existia relação entre a satisfação do

usuário com o uso da tecnologia assistiva e a autopercepção do seu desempenho ocupacional.

b) Medida de Independência Funcional- MIF:

Este instrumento tem o objetivo de avaliar o nível de assistência requerido em uma série de atividades motoras e cognitivas da vida diária. Entre as atividades avaliadas estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126. É importante ressaltar que a MIF, embora colete dados onde o sujeito informa sobre o seu nível de dependência/ independência, não se trata de um instrumento auto aplicado, o qual exige treinamento do terapeuta para a sua utilização. O instrumento foi adaptado e validado para utilização no Brasil (RIBERTO et al., 2004). A comparação deste instrumento com a versão brasileira do OSA teve por objetivo identificar relações entre o nível de independência na realização das ocupações das Atividades da Vida Diária (AVD) e a auto percepção do desempenho ocupacional e valores medidos pelo OSA. Cabe destacar que a MIF é uma avaliação centrada na ocupação (AVD) e prevê em seus itens para pontuação (6 pontos) o uso de algum dispositivo de tecnologia assistiva. É pertinente destacar que diversos estudos que utilizaram o OSA buscaram associações com medidas centradas nas AVD (VENABLE et al., 2000; SVIDÉN; THAM; BORELL 2004; KATO et al., 2008; CHAE; MOONYOUNG, 2016). Isto pode ser compreendido pelo fato de o OSA tratar-se de instrumento baseado na autorreflexão sobre o que as pessoas fazem e como elas se veem a partir do fazer. Dessa forma, as avaliações OSA, MIF e QUEST podem ser relacionadas sob o ponto de vista da ocupação e tecnologia.

c) Questionário de caracterização

Utilizou-se também um questionário desenvolvido pelo pesquisador (Apêndice 3) para levantar os dispositivos de tecnologia assistiva utilizados pelos participantes da amostra. Para cada item avaliado na MIF os participantes foram questionados sobre o seu nível de independência no desempenho daquela tarefa e também se utilizavam algum recurso assistivo e a sua especificação.

4.9. Análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos supracitados foram admitidos como variáveis os valores médios das pontuações obtidas nos itens de “Competência Ocupacional” e “Valores” do instrumento Auto Avaliação Ocupacional – Eu Mesmo e Auto Avaliação Ocupacional - Meu Ambiente, quando comparados com os outros instrumentos utilizados no presente estudo. Também foram utilizados como variáveis a divisão dos grupos, isto é, os dados obtidos a partir dos participantes com deficiências físicas (resultantes de sequelas neurológicas) e dos alunos do curso de graduação em Terapia Ocupacional.

Os dados obtidos na aplicação dos instrumentos foram organizados em planilhas do Programa Microsoft Excel. Para avaliar a correlação do OSA com os instrumentos supracitados, foi comparado o efeito das variáveis sobre a coleta de dados e aplicado o coeficiente de correlação de postos de *Spearman* para analisar se haviam diferenças entre as médias dos tratamentos. Considerou-se como nível de significância de $p < 0.05$. Esta análise estatística foi realizada por meio do software SPSS versão 22 (*IBM Corp. Released 2013*).

Para análise dos dados obtidos a partir do teste de correlação, foi utilizada a Proposta de Munro (2011), a qual apresenta os seguintes parâmetros:

0,00 < valor de “r” < 0,25 = correlação pequena

0,26 < valor de “r” < 0,49 = correlação baixa

0,50 < valor de “r” < 0,69 = correlação moderada

0,70 < valor de “r” < 0,89 = correlação alta

0,90 < valor de “r” < 1,00 = correlação muito alta.

5. Resultados

A seguir, serão apresentados primeiramente os resultados da etapa de adaptação transcultural do instrumento “*Occupational Self Assessment (OSA) Version 2.2, 2006*”. Em seguida, descrevem-se os resultados da confiabilidade, validade de construto e testes de correlação com outros instrumentos de medida.

5.1. Resultados da Adaptação Transcultural

O processo de adaptação transcultural, conforme mencionado no método envolveu seis estágios. Os resultados dessa etapa serão apresentados seguindo didaticamente cada estágio, exceto o estágio 1 que foi referente a solicitação de autorização de tradução e validação aos autores do instrumento original.

5.1.1. Estágio 2: Tradução

O Estágio 2 consistiu na tradução do instrumento da língua original (inglesa) para a língua de destino (portuguesa - Brasil).

O instrumento é composto por 47 frases na escala “Myself” e 18 na escala “My Environment”. Na análise das traduções de T1 e T2 foram encontradas 24 frases com discrepância de tradução para a escala “Myself” e três frases na escala “My Environment”.

O Quadro 3 apresenta as discrepâncias entre os tradutores Tradutor 1-T1 e Tradutor 2-T2:

Quadro 3: Discrepâncias entre T1 e T2

T1	T2
Passo 1: Abaixo são informações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se alguns dos itens não se aplicar a você, deixe-o em branco e passe para o próximo.	Passo 1: Abaixo estão as avaliações sobre as coisas que você faz na vida cotidiana. Para cada avaliação, circule como ela é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.
Passo 2: A seguir, para cada afirmação, circule o quanto isso é importante para você	Passo 2: Em seguida, para cada avaliação, circule o quanto importante esta é para você.
Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Passo 3: Escolha 4 coisas de você que gostaria de mudar. (Você também pode escrever comentários neste espaço)
Eu tenho muito problema fazendo isso	Tenho muitos problemas para fazer isto

Tenho alguma dificuldade fazendo isso	Tenho dificuldade em fazer isto
Faço isso bem	Eu faço isto bem
Faço isso muito bem	Eu faço isto extremamente bem
Concentrar nas minhas atividades	Concentrar-me nas minhas tarefas.
Cuidar do lugar onde vivo	Cuidar do lugar onde moro.
Cuidar de outras pessoas que sou responsável	Cuidar de outros por quem sou responsável.
Chegar onde preciso ir	Chegar ao lugar que preciso ir.
Cuidar das minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)	Gerenciar minhas necessidades básicas (alimentos, remédios).
Me expressar para outras pessoas	Expressar-me para os outros.
Conviver com outras pessoas	Acompanhar os outros.
Relaxar e aproveitar a mim mesmo	Relaxar e me divertir.
Finalizar o que preciso fazer	Fazer o que eu preciso fazer.
Lidar com minhas responsabilidades	Administrar minhas responsabilidades.
Estar envolvido em atividades como a de estudante, voluntário, e/ou membro de família	Estar envolvido como estudante, trabalhador, voluntário e/ou membro da família.
Atividades que eu gosto de fazer	Fazer atividades que eu gosto.
Trabalhar nos meus objetivos	Trabalhar em direção aos meus objetivos.
Tomar decisões baseadas no que eu julgo importante	Tomar decisões com base no que eu acho importante.
Finalizar o que eu me propus a fazer	Cumprir o que eu me propus a fazer.
Usar minhas habilidades efetivamente	Usar minhas habilidades com eficácia.
Passo 1: Abaixo são informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se esse item não se aplica a você, passe para o próximo item	Passo 1: Abaixo estão as avaliações sobre coisas do seu ambiente (onde você mora, trabalha, vai para a escola, etc.) Para cada avaliação, circule como ela é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.
Passo 2: A seguir, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante.	Passo 2: Em seguida, para cada avaliação, circule o quão importante esse aspecto do seu ambiente é para você.
Passo 3: Escolha até 2 coisas que você gostaria de modificar no seu ambiente (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Passo 3: Escolha 2 coisas sobre o seu ambiente que você gostaria de mudar. (Você também pode escrever comentários neste espaço)

5.1.2. Estágio 3: Síntese das Traduções

A seguir, o Quadro 4 apresenta a sugestão de correção das discrepâncias entre T1 e T2 e a justificativa o termo adicionado na síntese das traduções.

Quadro 4: Resolução das discrepâncias entre T1 e T2

T1	T2	Sugestão	Justificativa
Passo 1: Abaixo são informações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se alguns dos itens não se aplicar a você, deixe-o em branco e passe para o próximo.	Passo 1: Abaixo estão as avaliações sobre as coisas que você faz na vida cotidiana. Para cada avaliação, circule como ela é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	Passo 1: Abaixo são informações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	- As respostas para cada afirmação são as avaliações sobre as atividades cotidianas.
Passo 2: A seguir, para cada afirmação, circule o quanto isso é importante para você	Passo 2: Em seguida, para cada avaliação, circule o quão importante	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto isso é	As respostas para cada afirmação são as avaliações sobre

	esta é para você.	importante para você	as atividades cotidianas. - “Em seguida” é melhor empregado para o sentido de próxima etapa de avaliação.
Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Passo 3: Escolha 4 coisas de você que gostaria de mudar. (Você também pode escrever comentários neste espaço)	Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Há a possibilidade de escolher até 4 coisas que o paciente gostaria de modificar.
Eu tenho muito problema fazendo isso	Tenho muitos problemas para fazer isto	Tenho muito problema para fazer isto	Ficou mais claro
Tenho alguma dificuldade fazendo isso	Tenho dificuldade em fazer isto	Tenho alguma dificuldade em fazer isto	Mais fácil de diferenciar essa avaliação das outras.
Faço isso bem	Eu faço isto bem	Faço isso bem	A questão é respondida de forma direta
Faço isso muito bem	Eu faço isto extremamente bem	Faço isso extremamente bem	A questão é respondida de forma direta, porém com o grau de qualidade.
Concentrar nas minhas atividades	Concentrar-me nas minhas tarefas.	Concentrar-me nas minhas tarefas.	O pronome oblíquo deve ser colocado após em verbo, quando este é utilizado no infinitivo. - O termo tarefas será de mais fácil compreensão.
Cuidar do lugar onde vivo	Cuidar do lugar onde moro.	Cuidar do lugar onde moro.	Mais próximo do termo original
Cuidar de outras pessoas que sou responsável	Cuidar de outros por quem sou responsável.	Cuidar de outras pessoas que sou responsável	Mais compreensível
Chegar onde preciso ir	Chegar ao lugar que preciso ir.	Chegar ao lugar que preciso ir.	Mais compreensível
Cuidar das minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)	Gerenciar minhas necessidades básicas (alimentos, remédios).	Cuidar das minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)	Mais próximo do uso no contexto brasileiro
Me expressar para outras pessoas	Expressar-me para os outros.	Expressar-me para os outros.	O pronome oblíquo deve ser colocado após o verbo, quando este é utilizado no infinitivo.
Conviver com outras pessoas	Acompanhar os outros.	Conviver com outras pessoas	Mais próximo do termo original, que diz respeito aos relacionamentos
Relaxar e aproveitar a mim mesmo	Relaxar e me divertir.	Relaxar e me divertir.	Mais próximo do termo original
Finalizar o que preciso fazer	Fazer o que eu preciso fazer.	Realizar o que me propus a fazer	Mais próximo do termo original
Lidar com minhas	Administrar minhas	Administrar minhas	Mais próximo do

responsabilidades	responsabilidades.	responsabilidades.	termo original
Estar envolvido em atividades como a de estudante, voluntário, e/ou membro de família	Estar envolvido como estudante, trabalhador, voluntário e/ou membro da família.	Estar envolvido em atividades como a de estudante, voluntário, e/ou membro de família	Mais próximo do uso no contexto brasileiro
Atividades que eu gosto de fazer	Fazer atividades que eu gosto.	Fazer atividades que eu gosto.	Mais próximo do termo original
Trabalhar nos meus objetivos	Trabalhar em direção aos meus objetivos.	Trabalhar nos meus objetivos	Mais próximo do uso no contexto brasileiro
Tomar decisões baseadas no que eu julgo importante	Tomar decisões com base no que eu acho importante.	Tomar decisões baseadas no que eu julgo importante	Mais próximo do termo original
Finalizar o que eu me propus a fazer	Cumprir o que eu me propus a fazer.	Cumprir o que eu me propus a fazer.	Mais próximo do termo original
Usar minhas habilidades efetivamente	Usar minhas habilidades com eficácia.	Usar minhas habilidades com eficácia.	O termo eficácia é melhor empregado no sentido da frase original
Passo 1: Abaixo são informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se esse item não se aplica a você, passe para o próximo item	Passo 1: Abaixo estão as avaliações sobre coisas do seu ambiente (onde você mora, trabalha, vai para a escola, etc.) Para cada avaliação, circule como ela é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	Passo 1: Abaixo são informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	- As respostas para cada afirmação são as avaliações sobre o ambiente. - A lacuna deve ser deixada sem resposta para evitar erros de interpretação das respostas do instrumento.
Passo 2: A seguir, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante.	Passo 2: Em seguida, para cada avaliação, circule o quão importante esse aspecto do seu ambiente é para você.	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante.	-As respostas para cada afirmação são as avaliações sobre os ambientes. - “Em seguida” é melhor empregado para o sentido de próxima etapa de avaliação.
Passo 3: Escolha até 2 coisas que você gostaria de modificar no seu ambiente (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Passo 3: Escolha 2 coisas sobre o seu ambiente que você gostaria de mudar (Você também pode escrever comentários neste espaço)	Passo 3: Escolha até 2 coisas que você gostaria de modificar no seu ambiente (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Há a possibilidade de escolher até 2 coisas que o paciente gostaria de modificar.

5.1.3. Estágio 4: Retrotradução

O instrumento foi formatado com as definições da síntese T12 e submetido à retrotradução. O Quadro 5 apresenta os dados de discrepância entre o Retrotradutor 1- RT1 e o Retrotradutor 2- RT2 e a justificativa para o consenso entre as retrotraduções.

Quadro 5: Discrepância e síntese entre RT1 e RT2

ORIGINAL PORTUGUÊS	RT1	RT2	Sugestão	Justificativa
Autoavaliação Ocupacional	Occupational- Self Assessment	Occupational Self Assessment	Occupational Self Assessment	Não utiliza hífen
Passo 1: Abaixo são informações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	Step 1: Below are information about things you accomplish in your routine. For each statement, circle how well you do this activity. If an item does not apply to you, scratch it and go to the next.	Step 1: The information below are about things that you perform in your routine. For each statement, circle how well you perform it. If any of the statements does not apply to you, cross it out and go right to the next.	Step 1: Below are information about things you accomplish in your routine. For each statement, circle how well you perform it. If any of the statements does not apply to you, cross it out and go right to the next.	A combinação entre as traduções ficou mais clara e de melhor compreensão
Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto isso é importante para você	Step 2: Next, for each statement, circle the how important this is for you	Step 2: Right after, for each statement, circle how much that is important to you	Step 2: Next, for each statement, circle the how important this is for you	De compreensão mais simples
Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Step 3: Choose up to 4 things you would like to modify (You can write comments in this space)	Step 3: Choose up to 4 things you would like to change (You are allowed to fill in the blanks bellow with comments)		De compreensão mais simples
Realizar o que me propus a fazer	Finishing what I need to do	I accomplish what I proposed myself to do	Accomplishing what I proposed myself to do	A combinação entre as traduções ficou mais próxima do instrumento original

Passo 1: Abaixo são informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	Step 1: Below are information on things pertaining to your environment (where you live, work, school, etc.). For each statement, circle as it is for you. If one item does not apply to you, scratch it and go to the next one	Passo 1: The information below are things related to your environment (where you live, work, study, etc.). For each statement, circle how it presents to you. If any of the statements does not apply to you, cross it out and go right to the next	Step 1: Below are information on things pertaining to your environment (where you live, work, school, etc.). For each statement, circle how it presents to you. If any of the statements does not apply to you, cross it out and go right to the next	A combinação entre as traduções ficou mais clara e de melhor compreensão
Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante.	Step 2: Next, for each statement, circle how much that aspect of your environment is important	Step 2: Right after, for each statement, circle how much that aspect of your environment is important to you.	Step 2: Next, for each statement, circle how much that aspect of your environment is important	De compreensão mais simples
Passo 3: Escolha até 2 coisas que você gostaria de modificar no seu ambiente (Você pode escrever comentários nesse espaço)	Step 3: Choose up to 2 things you would like to change in your environment (You can write comments in this space)	Step 3: Choose up to 2 things you would like to change in your environment (You are allowed to fill in the blanks bellow with comments)	Step 3: Choose up to 2 things you would like to change in your environment (You can write comments in this space)	De compreensão mais simples

Apesar de ter obtido consenso entre os retrotradutores na formatação da síntese RT12, os itens que apresentaram discrepância com o instrumento original foram submetidos a um dos autores do instrumento para a realização de uma nova análise dos itens com o objetivo de eliminar possíveis influências culturais na retrotradução dos termos, conforme apresenta o Quadro 6 a seguir:

Quadro 6: Análise das discrepâncias pelo autor do instrumento

ORIGINAL	BACK TRANSLATION	Agree	Disagree	If you disagree, please could you explain the correct meaning
Occupational Self Assessment – Myself	Occupational Self Assessment – Myself	(X)	()	
Step 1: Bellow are statements about things you do in everyday life. For each statement, circle how well you do it. If an item does not apply to you, cross it and move on the next item.	Step 1: Below are information about things you accomplish in your routine. For each statement, circle how well you perform it. If any of the statements does not apply to you, cross it out and go right to the next.	(X)	()	I wonder whether or not you chose the same word for “information” and “statement” in your translation. I’m not sure if the word “information” could be confusing to the readers.
Step 2: Next, for each statement, circle how important this is to you.	Step 2: Next, for each statement, circle the how important this is for you.	(X)	()	
Step 3: Choose up to 4 things about yourself that you would like to change. (You can also write comments in this space)	Step 3: Choose up to 4 things you would like to modify (You can write comments in this space)	(X)	()	
I have a lot of problem doing this	I have a lot of problems doing this	(X)	()	
Taking care of the place where I live	Taking care of where I live	(X)	()	
Taking care of others for whom I am responsible	Taking care of others I am responsible for	(X)	()	
Relaxing and enjoying myself	Relaxing and having fun	()	(X)	I’m not sure if the word “fun” is an exact fit here. In English the word “fun” tends to be associated with high intensity leisure activities. However, “enjoying” something could mean a quiet activity such as sitting at a park, or reading a book. The manual suggests that this item intends to highlight “ <i>Having a routine which allows for stress reduction, enjoying interests, relaxation, time to unwind with others or alone</i> ”
Getting done what I need to do	Accomplishing what I proposed myself to do	()	(X)	I think that the English version of this item is referring to doing activities that the person has to do despite whether or not they (volitionally) wish to do them. The manual suggests that this item intends to highlight “ <i>Having habits that are effective for completing one’s necessary tasks</i> ”
Having a satisfying routine	Having a satisfactory routine	(X)	()	
Being involved as a student, worker,	Being involved in activities such as student,	(X)	()	

volunteer, and/or family member	volunteer, and/or family member			
Working towards my goals	Working on my goals	(X)	()	
Effectively using my abilities	Use my skill effectively	()	(X)	I'm not certain the word ability is intended to be broader than skills and the Brazilian connotation of the word "skills." When I'm thinking of skills, I'm thinking of being able to read, draw, drive, cook, etc. When I'm thinking of abilities, I'm thinking of being creative, critical thinking, using active listening, etc. The manual suggests that this item intends to highlight <i>"Choosing the activities or tasks that one feels adequate at in order to accomplish one's goals"</i>

5.1.4. Estágio 5: Comitê de Especialistas

O comitê de especialistas foi composto por 10 pessoas, as quais tinham formações distintas entre terapeutas ocupacionais, tradutores e fisioterapeuta. Os dados de caracterização do comitê de especialistas estão descritos na Tabela 1. A amostra foi composta majoritariamente por terapeutas ocupacionais, com tempo de experiência profissional variando entre 5 e 10 anos, atuantes na área de reabilitação física, contextos hospitalares e cuidados paliativos, 4 membros possuíam conhecimento teórico e prático no Modelo da Ocupação Humana e outros 3 afirmaram ter conhecimento teórico.

Tabela 1: Dados de caracterização do comitê de especialistas

Características		N	%
Formação Profissional	Terapia Ocupacional	7	70%
	Tradutores	2	20%
	Fisioterapia	1	10%
Tempo de Experiência	1 a 5 anos	1	10%
	5 a 10 anos	6	60%
	10 anos ou mais	3	30%
Nível de formação	Graduação	2	20%
	Mestre	7	70%
	Pós-Doutorado	1	10%
Área de atuação	Reabilitação Física	5	50%
	Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos	3	30%
	Tradução	2	20%
Experiência com o Modelo da Ocupação Humana	nenhuma	5	50%
	teórica	1	10%
	teórico e pratica	4	40%
Nível da Habilidade de Leitura em Inglês	Razoavelmente	1	10%
	Bem	9	90%
Nível da Habilidade de Escrita em Inglês	Razoavelmente	4	40%
	Bem	6	60%
	Pouco	1	10%
Nível da Habilidade de Fala em Inglês	Razoavelmente	3	30%
	Bem	6	60%
Nível de Compreensão da Língua Inglesa	Razoavelmente	1	10%
	Bem	9	90%

Os membros do comitê foram convidados por meio de correio eletrônico, através do qual foram obtidas respostas ao formulário composto pelo instrumento desmembrado em 47 frases na escala “*Myself*” e em 18 frases na escala “*My Environment*” (APÊNDICE 4).

A análise das respostas dos especialistas foi realizada por meio do índice de concordância (IC) proposto por Pasquali (2003), onde se recomenda uma concordância de pelo menos 80% dos membros do comitê para se determinar a equivalência dos itens.

$$IC = \frac{\text{quantidade de concordância entre os juízes} \times 100}{\text{Concordâncias} + \text{Discordâncias}}$$

Os itens foram analisados segundo o índice de concordância na equivalência semântica (ES), equivalência idiomática (EI), equivalência cultural (EC) e na equivalência conceitual (ECO).

A Tabela 2 apresenta a análise das respostas dadas pelos especialistas para a análise das frases do questionário “*Myself*”:

Tabela 2: Análise dada pelos especialistas no OSA-Myself

Índice de Concordância “ <i>Myself</i> ” em %	Quantidade de frases			
	ES*	EI*	EC*	ECO*
100%	21	36	36	36
90%	11	11	9	10
80%	6	-	2	1
<80%	7	-	-	-

* Equivalência semântica (ES), equivalência idiomática (EI), equivalência cultural (EC) e na equivalência conceitual (ECO).

Conforme a Tabela 2, após a análise dos especialistas para o questionário “*Myself*” no quesito equivalência semântica, apenas 7 itens não obtiveram índice aceitável de concordância entre os especialistas. A Tabela 3 apresenta a sugestão de correção e concordância final entre os especialistas.

Tabela 3: Sugestão de correção e concordância final entre os especialistas para o instrumento OSA- “Myself”

ORIGINAL	TRADUÇÃO	CONCORDANCIA INICIAL	CORREÇÃO / SUGESTÃO	CONCORDÂNCIA FINAL
Step 1: Below are statements about things you do in everyday life. For each statement, circle how well you do it. If an item does not apply to you, cross it out and move on to the next item.	Passo 1: Abaixo são afirmações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	40%	Para esse item foi explicado para os especialistas, que o instrumento original orienta selecionar a avaliação por meio de um círculo e para riscar o item caso a pessoa não faça aquela atividade na rotina.	100%
Step 3: Choose up to 4 things about yourself that you would like to change (You can also write comments in this space)	Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)	40%	Passo 3: Escolha até 4 coisas sobre você mesmo que você gostaria de mudar (Você também pode escrever comentários nesse espaço)	100%
I have some difficulty doing this	Tenho alguma dificuldade em fazer isto	70%	Eu tenho alguma dificuldade ao fazer isto	100%
This is most important to me	Isso é muito mais importante para mim	60%	Isso é o mais importante para mim	100%
Most important	Muito importante	70%	O mais importante	100%
Taking care of others for whom I am responsible	Cuidar de outras pessoas que sou responsável	70%	Cuidar de outros por quem sou responsável	100%
Being involved as a student, worker, volunteer, and/or family member	Estar envolvido em atividades como a de estudante, voluntário, e/ou membro de família	50%	Estar envolvido em atividades como a de estudante, trabalhador, voluntário, e/ou membro de família	100%

A Tabela 4, apresenta a respostas dadas pelos especialistas para a análise das frases do questionário “Myself”:

Tabela 4: Análise das respostas dos especialistas para o instrumento OSA- “My Environment”

IC “My Environment” em %	Quantidade de frases			
	ES*	EI*	EC*	ECO*
100%	7	18	17	14
90%	5	-	1	3
80%	3	-	-	-
<80%	2	-	-	-

* Equivalência semântica (ES), equivalência idiomática (EI), equivalência cultural (EC) e na equivalência conceitual (ECO).

Conforme a Tabela 5, após a análise dos especialistas para o questionário “*My Environment*”, no quesito equivalência semântica, apenas 2 itens não obtiveram índice aceitável de concordância entre os especialistas.

Tabela 5: Sugestão de correção e concordância final entre os especialistas para o instrumento OSA-“*My Environment*”

ORIGINAL	TRADUÇÃO	CONCORDANCIA INICIAL	CORREÇÃO	CONCORDÂNCIA FINAL
Step 1: Below are statements about things about your environment (where you live, work, go to school, etc.) For each statement, circle how this is for you. If an item does not apply to you, cross it out and move on to next item.	São informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo	60%	Passo 1: Abaixo são afirmações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	100%
Step 2: Next, for each statement, circle how important this aspect of your environment is to you	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante	70%	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante para você.	100%

Após a realização das alterações na versão adaptada transculturalmente do instrumento, seguindo as orientações dos especialistas, foi elaborada a versão pré-final do OSA na versão brasileira intitulada: “*Autoavaliação Ocupacional – Eu Mesmo*” (OSA-BR – EM) e “*Autoavaliação Ocupacional – Meu Ambiente*” (OSA-BR – MA). Apresentada nas Figuras 6, 7 e 8.

Auto Avaliação Ocupacional

Eu mesmo

Nome: _____ Data: _____

Passo 1: Abaixo são informações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto isso é importante para você								Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)
	Tenho muito problema para fazer isto	Tenho alguma dificuldade em fazer isto	Faço isso bem	Faço isso extremamente bem	Isso não é tão importante para mim	Isso é importante para mim	Isso é mais importante para mim	Isso é muito mais importante para mim	Eu gostaria de modificar
tarefas.	problema	dificuldade	bem	bem	importante	importante	importante	importante	
Fisicamente fazer o que eu preciso fazer	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Cuidar do lugar onde moro	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Cuidar de mim mesmo	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Cuidar de outras pessoas que sou responsável	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
preciso ir	problema	dificuldade	bem	bem	importante	importante	importante	importante	
Gerenciar minhas finanças	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Cuidar das minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Expressar-me para os outros.	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Conviver com outras pessoas	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Identificar e resolver problemas	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	

Figura 6: Autoavaliação Ocupacional – Eu Mesmo

**Auto Avaliação Ocupacional
Eu mesmo (continuação)**

Nome: _____ Data: _____

Passo 1: Abaixo são informações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.					Passo 2: A seguir, para cada afirmação, circule o quanto isso é importante para você				Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)
	Eu tenho muito problema fazendo isso	Tenho alguma dificuldade fazendo isso	Faço isso bem	Faço isso muito bem	Isso não é tão importante para mim	Isso é importante para mim	Isso é mais importante para mim	Isso é muito importante para mim	Eu gostaria de modificar
Relaxar e me divertir	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Realizar o que me propus a fazer	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Ter uma rotina satisfatória	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Assumir as responsabilidades	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Estar envolvido em atividades como estudante, voluntário ou membro de uma organização	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Fazer atividades que me desafiam	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Trabalhar nos meus objetivos	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Tomar decisões baseadas no que eu julgo importante	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Cumprir o que eu me propus a fazer	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	
Usar minhas habilidades com eficácia	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante	



Figura 7: Auto Avaliação Ocupacional – Eu Mesmo (Continuação)

**Auto Avaliação Ocupacional
Meu ambiente**

Nome: _____ Data: _____



Passo 1: Abaixo são informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.					Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante.				Passo 3: Escolha até 2 coisas que você gostaria de modificar no seu ambiente (Você pode escrever comentários nesse espaço)	
	Há muito problema	Há algum problema	Isso é bom	Isso é extremamente bom	Isso não é tão importante para mim	Isso é importante para mim	Isso é mais importante para mim	Isso é muito mais importante para mim	Eu gostaria de modificar	
Um lugar para viver e cuidar de	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
Um lugar onde posso ser produtivo (trabalho, estudo, voluntário)	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
As coisas básicas que eu preciso para viver e cuidar de mim mesmo	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
As coisas que eu preciso para ser produtivo	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
Pessoas que ajudam e me encorajam	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
Pessoas que fazem coisas comigo	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
Oportunidades para fazer coisas que eu valorizo e gosto	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		
Lugar onde eu posso ir e me divertir.	Muito problema	Algum problema	Bom	Extremamente bom	Não tão importante	Importante	Mais importante	Muito importante		

ENVTESTES

Figura 8: Auto Avaliação Ocupacional – Meu Ambiente

5.2. Estágio 6: Pré-teste

O Estágio final da adaptação transcultural do OSA-BR foi composto pelo pré-teste. Neste estágio, a versão pré-final do instrumento traduzido foi submetida a testes com sujeitos divididos em dois grupos: (1) pessoas com sequelas neurológicas e (2) alunos da graduação em Terapia Ocupacional.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi utilizado como critério de exclusão dessa pesquisa para os dois grupos, sendo que participantes deveriam obter o score mínimo de 18 pontos para compor a amostra. A seguir, a Tabela 6 apresenta os valores obtidos na amostra de 12 sujeitos que compuseram o grupo de pessoas com deficiências (com condições neurológicas). O grupo 1 obteve pontuação total média de 24 ± 4 pontos. Para as subáreas do MEEM, o grupo 1 obteve médias de 3 ± 0 para o Registro, 3 ± 2 para Atenção e Cálculo, $2,4\pm 0,6$ para Evocação e $6,4\pm 2$ para Linguagem. No grupo 1, apenas os participantes P6 e P9 obtiveram score máximo no MEEM. No grupo 2, todos os 12 participantes obtiveram nota máxima. A tabela 6 apresenta os valores totais e das subáreas obtidos pelo grupo 1.

Tabela 6: Pontuação obtida no MEEM pelo grupo de pessoas com sequelas neurológicas centrais.

Participante	Orientação	Registro	Atenção e Cálculo	Evocação	Linguagem	Total
P1	9	3	1	2	4	19
P2	9	3	0	2	5	19
P3	10	3	0	3	6	22
P4	9	3	5	2	6	25
P5	10	3	0	3	9	25
P6	10	3	5	3	9	30
P7	10	3	5	3	6	27
P8	10	3	5	3	6	27
P9	10	3	5	3	9	30
P10	9	3	1	2	4	19
P11	9	3	5	2	9	28
P12	10	3	5	1	4	23

5.2.1. Dados de Caracterização da Amostra

O grupo 1 foi composto por 12 clientes do serviço de Terapia Ocupacional da Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, com idade

média de 53±12 anos, o grupo foi composto majoritariamente por mulheres (58%, n=7) que apresentam seqüela de acidente vascular cerebral (75%, n=9) e 41% dos participantes desse grupo participaram previamente de reabilitação com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Metade da amostra do grupo 1 (50%, n=6) relatou sentir dores, onde a dor relatada é superior a 5 em uma escala de 0 a 10. Ainda no grupo 1, 83% dos participantes (n=10) eram aposentados.

O grupo 2 foi composto por 12 alunos da graduação em terapia ocupacional que estavam matriculados no estágio curricular profissional em “Disfunção Física e Sensorial em Terapia Ocupacional”. O grupo teve idade média de 22±1,16 anos, composto majoritariamente por mulheres (91%, n=11), sendo que apenas um membro do grupo apresentava diagnóstico prévio de Síndrome do Túnel do Carpo e dois alunos relataram sentir dores. A Tabela 7 apresenta os dados demográficos da amostra de clientes do serviço (denominados de P) e de alunos (identificados como A):

Tabela 7: Dados demográficos da amostra

Sujeito	Idade	Sexo	Profissão	Aposentado	Diagnóstico	Dor
P1	50	M	Ajudante Geral	Sim	Esclerose Múltipla	0
P2	53	M	Pedreiro	Sim	AVC	0
P3	54	F	Cuidadora	Sim	AVC	10
P4	57	F	Cabeleireira	Sim	AVC	7
P5	37	F	Pedóloga	Sim	AVC	7
P6	75	M	Comerciário	Sim	AVC	0
P7	46	F	Guarda Municipal	Sim	Lesão Medular	8
P8	46	M	Mecânico	Sim	AVC	0
P9	63	M	Professor Universitário	Não	AVC	5
P10	73	M	Jardineiro	Sim	AVC	7
P11	41	F	Do lar	Não	AVC	0
P12	44	M	Operário	Sim	Neurotoxoplasmose	0
A1	21	F	Estudante	Não	Insuficiência Adrenal	0
A2	21	F	Estudante	Não	-	0
A3	21	F	Estudante	Não	-	0
A4	21	F	Estudante	Não	-	0
A5	23	F	Estudante	Não	-	2
A6	22	F	Estudante	Não	-	0
A7	22	F	Estudante	Não	-	0
A8	22	F	Estudante	Não	STC	0
A9	22	F	Estudante	Não	-	3
A10	23	F	Estudante	Não	-	0
A11	25	F	Estudante	Não	-	0

A12	22	M	Estudante	Não	-	0
-----	----	---	-----------	-----	---	---

O nível de escolaridade para o grupo 1 foi de 41% (n=5) dos participantes com ensino médio incompleto, e apenas um participante com ensino superior completo. Para o grupo 2, todos os participantes possuem ensino superior incompleto.

A Tabela 8 apresentam os dados da escolaridade para o grupo 1.

Tabela 8: Escolaridade da amostra do Grupo 1

Sujeito	Escolaridade
P1	Ens. Fund. Incompleto
P2	Ed. Infantil Incompleto
P3	Ed. Infantil Incompleto
P4	Ens. Méd. Completo
P5	Ens. Méd. Completo
P6	Superior Incompleto
P7	Superior Incompleto
P8	Ens. Méd. Completo
P9	Superior Completo
P10	Ed. Infantil completo
P11	Ens. Méd. Completo
P12	Ens. Méd. Completo

A Tabela 9 apresenta a queixa principal para os membros do grupo 1. No grupo 2 apenas a aluna A8 apresentou como queixa principal sentir dores em função da Síndrome do Túnel do Carpo.

Tabela 9: Queixa principal amostra dos participantes Grupo 1

Sujeito	Queixa Principal
P1	Dificuldade de andar
P2	Dificuldade de andar
P3	Dor na coluna
P4	Dificuldade de andar
P5	Dificuldade de movimentar membro superior e inferior
P6	Dificuldade de andar
P7	Dor Crônica
P8	Dificuldade no controle motor da mão
P9	Dificuldade no controle motor da mão
P10	Dificuldade de movimentar MS e MI
P11	Sensibilidade comprometida
P12	Não andar

5.2.2. Dados descritivos da aplicação dos instrumentos

Na aplicação do instrumento OSA-BR – Eu Mesmo, o grupo 1 teve pontuação média de 46 ± 12 para a avaliação da competência ocupacional em uma escala de 0 a 100, e 63 ± 10 para a avaliação dos valores em uma escala de 0 a 100. O grupo 2 teve pontuação média de 55 ± 5 para a avaliação da competência em uma escala de 0 a 100 e 57 ± 8 para a avaliação dos valores em uma escala de 0 a 100.

A Tabela 10 apresenta as pontuações das avaliações para a competência ocupacional e valores medidos no instrumento OSA-BR – Eu mesmo.

Tabela 10: Pontuações do instrumento OSA-BR – Mesmo

Sujeito	Competência Ocupacional	Valores
P1	41	38
P2	53	59
P3	24	58
P4	51	58
P5	36	63
P6	63	61
P7	47	61
P8	41	70
P9	37	63
P10	46	77
P11	70	77
P12	44	72
A1	54	56
A2	58	48
A3	59	60
A4	70	71
A5	57	46
A6	55	50
A7	67	67
A8	59	60
A9	69	64
A10	59	48
A11	61	65
A12	57	53

No passo 3 do instrumento OSA-BR – Eu mesmo, onde os participantes são orientados a selecionar até quatro itens que eles gostariam de modificar, para o grupo 1 os itens a seguir obtiveram maior prevalência na escala do foram: “Fisicamente fazer o que eu preciso fazer” (8 escolhas), “Chegar ao lugar a que preciso ir” (4 escolhas), “Fazer

atividades que eu gosto” (4 escolhas), e o item “Concentrar-me nas minhas tarefas” (3 escolhas). No grupo 2 o item “Concluir o que preciso fazer” (6 escolhas), “Concentrar-me nas minhas tarefas” (5 escolhas), “Cuidar de mim mesmo” (5 escolhas), e o item “Ter uma rotina satisfatória” (5 escolhas) foram prevalentemente escolhidos como itens de modificação.

Para o instrumento OSA-BR– Meu ambiente, o grupo 1 teve pontuação média de $21 \pm 4,8$, para a avaliação da Competência Ocupacional em uma escala de 0 a 32 , e média de $23 \pm 6,3$ para a avaliação dos valores em uma escala de 0 a 32. O grupo 2 obteve pontuação média de $24,8 \pm 3,1$ para a avaliação da Competência Ocupacional em uma escala de 0 a 32, e média de $25,2 \pm 5$ para a avaliação dos valores em uma escala de 0 a 32.

No passo 3 do instrumento OSA-BR – Meu Ambiente, onde os participantes são orientados a selecionar até dois itens que eles gostariam de modificar, para o grupo 1 os itens a seguir que obtiveram maior prevalência na escolha foram: o item “Lugar onde eu posso ir para me divertir e/ou relaxar” (5 escolhas) e o item “Oportunidades para fazer coisas que eu valorizo e gosto” (3 escolhas). Para o grupo 2 os itens prevalentemente escolhidos foram: “Oportunidades para fazer coisas que eu valorizo e gosto” (6 escolhas) e o item “As coisas que eu preciso para ser produtivo” (4 escolhas).

A Tabela 11 apresenta as pontuações das avaliações para a competência ocupacional e valores medidos no instrumento Auto Avaliação Ocupacional – Meu Ambiente.

Tabela 11: Scores do instrumento OSA-BR – Meu Ambiente

Sujeito	Competência Ocupacional	Valores
P1	22	16
P2	24	26
P3	12	23
P4	28	23
P5	16	27
P6	26	25
P7	22	27
P8	20	16
P9	21	32
P10	15	11
P11	26	30
P12	20	28
A1	25	18

A2	21	28
A3	25	21
A4	26	26
A5	26	28
A6	28	19
A7	29	29
A8	24	24
A9	29	29
A10	25	26
A11	20	32
A12	20	20

A comparação entre os instrumentos OSA-BR – EM e OSA-BR – MA do Grupo 1 aponta para uma relação significativa entre eles ($p < 0,05$), em que é possível ver correlação entre a pontuação da “Competência Ocupacional”, e dos conceitos de habilidades/desempenho ocupacional e volição do instrumento OSA-BR – EM com a pontuação da competência ocupacional do instrumento OSA-BR – MA, conforme mostra a Tabela 12. O instrumento OSA-BR – MA não é dividido em conceitos.

Tabela 12: Correlação entre OSA-B – Eu Mesmo e OSA-B – Meu Ambiente do Grupo 1:

Competência Ocupacional OSA-BR – MA	<i>Spearman</i>	
	<i>Corr("r")</i>	<i>P-value</i>
Score OSA-BR – EM	0,79	0,002
Habilidades/desempenho ocupacional OSA-BR – EM	0,58	0,04
Volição OSA-BR – EM	0,76	0,003

Para a avaliação dos “Valores”, não houve correlação significativa entre os scores obtidos nos “Valores” da OSA-BR – EM e os “Valores” da OSA-BR – MA. Também não houve correlação significativa dos “Valores” de OSA-BR – EM e os “Valores” de OSA-BR – MA com os outros instrumentos aplicados na amostra para o Grupo 1.

Foi encontrada correção significativa entre a pontuação da “Competência Ocupacional” e do conceito da volição quando comparados à variável de “Valores” do instrumento OSA-BR – MA no grupo 2, conforme aponta a Tabela 13.

Tabela 13: Correlação entre a volição e valores do instrumento OSA-B – MA do Grupo 2

Valores OSA-BR – MA	<i>Spearman</i>	
	Corr("r")	<i>P-value</i>
Score OSA-BR – EM	0,72	0,008
Volição OSA-BR – EM	0,67	0,01

Para a análise da variável “Valores” do instrumento OSA-BR – EM do grupo 2, não foi encontrada correlação significativa.

5.2.3. Dados de opinião dos participantes referente aos instrumentos OSA-BR – EM e OSA-BR – MA: Validade de face

Ao final de cada coleta de dados, os participantes deste estudo responderam um questionário (**Apêndice 2**) elaborado pelo pesquisador com o objetivo de avaliar a compreensão dos mesmos sobre o conteúdo de cada uma das escalas e também identificar pontos onde as escalas pudessem ser melhoradas para se adequarem ao contexto brasileiro.

O questionário foi composto por quatro perguntas com respostas ordinais nominais sobre o tamanho da escala, o conteúdo dos enunciados, dúvidas no preenchimento e se os participantes seriam capazes de preencher sozinhos os instrumentos. Também foi possível obter sugestões sobre pontos a serem modificados nas escalas.

Para a análise de dados, as respostas foram convertidas em escala de *Likert* para a avaliação da frequência das respostas.

A seguir, a Tabela 14, apresenta a frequência das respostas para os grupos 1 e 2.

Tabela 14: Opinião dos participantes sobre os instrumentos OSA-BR – EM e OSA-BR – MA.

1. Referente ao tamanho da escala e quantidade de perguntas, como você avalia?		
	Grupo 1	Grupo 2
Tem um bom tamanho	83%	91%
É curto	0%	0%
É longo	16%	8%
É muito longo	0%	0%
2. Referente aos enunciados, isso é, o que cada questão estava perguntando, como você avalia?		
	Grupo 1	Grupo 2
São de fácil compreensão	75%	42%
Alguns são confusos	17%	58%
Quase todos são confusos	0%	0%
Todos eles são de difícil entendimento	8%	0%
3. Durante o preenchimento da escala, você ficou com dúvidas quanto à resposta em		
	Grupo 1	Grupo 2
Nenhuma questão	66%	42%
Em 1 ou 2 questões	25%	42%
Em 3 ou 4 questões	8%	16%
Em mais de 5 questões	0%	0%
4. Você acha que poderia preencher a escala sozinho(a) sem orientações do terapeuta?		
	Grupo 1	Grupo 2
Sim, a escala completa	33%	67%
Sim, quase toda a escala	25%	33%
Metade da escala	16%	0%
Nenhuma das questões	25	0%

Referente às sugestões sobre modificações a serem realizadas na primeira versão do instrumento, 100% dos participantes, tanto do grupo 1 quanto do grupo 2, mencionaram ter dificuldades em compreender a diferença entre a “mais importante” e “o mais importante” na avaliação dos valores atribuídos aos itens das escalas OSA-BR – EM e OSA-BR – MA. Ao indagá-los se o termo “importantíssimo” seria mais simples de compreender e diferenciar da avaliação anterior, todos disseram ter maior clareza com este termo e não ter mais dúvidas referentes aos dois. Dessa forma, optou-se em substituir o termo “o mais importante” para o termo “importantíssimo” na versão final.

Referente aos passos 1 e 2, 50% (n=6) dos participantes de ambos os grupos relataram terem dificuldades em diferenciar quais itens pertenciam ao passo 1 e quais pertenciam ao passo 2. Considerando essa informação, foram realizadas modificações no

layout do instrumento para ter maior clareza de quais itens pertencem a cada um dos passos.

Por último, metade da amostra do grupo 1 (n=6) relatou não ter clareza sobre o que deveria ser feito no passo 3 do instrumento OSA-BR – EM, ou seja, não sabiam se deveriam escolher até quatro coisas para modificar em cada folha do instrumento ou quatro itens no geral. Dessa forma, a instrução do passo 3 foi modificada para: “Passo 3: Escolha até 4 itens em todo o instrumento, que você gostaria de mudar”.

O *layout* da versão final do instrumento com as modificações sugeridas pode ser parcialmente visualizado na figura 9, representada pela primeira página do instrumento OSA-BR - EM.

Autoavaliação Ocupacional -OSA - Brasil
Eu mesmo

Nome: _____ Data: _____

Passo 1: Abaixo são afirmações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza cada uma delas. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.					Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quão importante isso é para você				Passo 3: Escolha até 4 itens em todo o instrumento que você gostaria de mudar (Você também pode escrever comentários nesse espaço)
	<i>Eu tenho muito problema para fazer isto</i>	<i>Eu tenho alguma dificuldade ao fazer isto</i>	<i>Eu faço isso bem</i>	<i>Eu faço isso extremamente bem</i>	<i>Isso não é tão importante para mim</i>	<i>Isso é importante para mim</i>	<i>Isso é mais importante para mim</i>	<i>Isso é importantíssimo para mim</i>	Eu gostaria de mudar
Concentrar-me nas minhas tarefas.	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Fisicamente fazer o que eu preciso fazer	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Cuidar do lugar onde moro	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Cuidar de mim mesmo	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Cuidar de outros por quem sou responsável	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Chegar ao lugar a que preciso ir	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Administrar meu dinheiro	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Lidar com as minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Expressar-me para os outros.	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Conviver com as outras pessoas	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	
Identificar e resolver problemas	Muito problema	Alguma dificuldade	Bem	Extremamente bem	Não tão importante	Importante	Mais importante	E importantíssimo	

Figura 9: Instrumento Autoavaliação Ocupacional – OSA - Brasil - Eu Mesmo

5.3. Resultados da confiabilidade e validade do OSA-BR.

5.3.1. Dados de caracterização da amostra

A etapa da coleta de dados de confiabilidade e validade da OSA-BR foi composta por uma amostra de conveniência de 40 pessoas atendidas no serviço de Terapia Ocupacional da Unidade Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos e no Centro Especializado em Reabilitação de Araraquara-SP. Todos os participantes atenderam aos critérios de inclusão nesse estudo. As coletas de dados ocorreram entre o primeiro e segundo semestres de 2019.

A composição da amostra foi realizada por meio de contato telefônico e abordagem pessoal junto a cerca de 600 pessoas cadastradas em ambos os serviços, sendo que 50 pessoas aceitaram em participar da coleta de dados e 10 delas não obtiveram a pontuação exigida no MEEM, conforme estipulado por Bertolucci et al. (1994), portanto, a amostra final foi composta por 40 participantes.

A pontuação média obtida através do MEEM foi de 26 ± 3 . Para as subáreas do MEEM a amostra obteve-se $9,4 \pm 1$ para a Orientação, 3 ± 0 para o Registro, $3,6 \pm 1,7$ para Atenção e Cálculo, $1,9 \pm 1$ para Evocação e $8,1 \pm 3$ para Linguagem. Os resultados individuais podem ser conferidos no Apêndice 5.

A idade média da amostra foi de $51,8 \pm 15$, com predominância de mulheres (67,5%, $n=27$). Dentre as doenças a mais frequentes, destacam-se: o Acidente Vascular Cerebral (65%, $n=26$) e o Traumatismo Crânio Encefálico (10%, $n=4$). Os resultados individuais podem ser consultados no Apêndice 5.

A amostra deste estudo obteve pontuação média de $48,3 \pm 9,7$ para a competência ocupacional na escala “OSA-BR – Eu Mesmo” e $57,7 \pm 14,6$ para os valores na mesma escala. Os itens escolhidos como prioridade para mudança foram: “Fazer atividades que eu gosto”, “Chegar ao lugar a que preciso ir”, “Expressar-me para os outros” e “Fisicamente fazer o que eu preciso fazer”.

Na aplicação da escala “OSA-BR – Meu Ambiente” obteve-se pontuação média de $21,6 \pm 4,8$ para a avaliação da competência ocupacional e $23,7 \pm 6,2$ para os valores. Nessa escala, os itens com maior prioridade de mudança para a amostra foram: “As coisas que eu preciso para ser produtivo” e “Lugar onde eu posso ir para me divertir e/ou relaxar”.

A aplicação da Medida de Independência Funcional - MIF apontou que a amostra estudada apresenta pontuação média de $101,4 \pm 17,8$ em uma escala de 0 a 126 pontos. Conjuntamente, com a avaliação da MIF foi aplicado um questionário com os participantes para investigar os recursos de tecnologia assistiva que eles utilizavam no desempenho das tarefas da MIF. Na amostra, 12 pessoas (30%) não utilizavam nenhum recurso de tecnologia assistiva para auxiliar no desempenho das atividades investigadas na MIF. A realização de uma comparação por meio de estatística descritiva simples aponta que o grupo de pessoas que utilizavam algum recurso de tecnologia assistiva demonstrou independência ligeiramente maior na MIF, em que a média foi de $102,6 \pm 17,7$ e o grupo que não utiliza recursos de tecnologia assistiva obteve $98,7 \pm 18,7$.

A Tabela 15 resume os dispositivos assistivos utilizados pelos participantes do estudo, destacando-se que cada sujeito pode ter um ou mais recursos diferentes.

Tabela 15: Tipo e distribuição de uso de Dispositivos assistivos

Recursos de tecnologia assistiva	Quantidade
Cadeira de banho	10
Cadeira de rodas manual	10
Bengala	7
Banco plástico	4
Bengala de quatro	6
Barras no banheiro	3
Sonda uretral descartável	2
Cadeira de rodas motorizada	2
Órtese	2
AFO- <i>Ankle foot orthosis</i> (órtese de tornozelo-pé)	3
Bota Ortopédica	1
Papagaio	1
Cadeira plástica	1
Scala Mobil	1
Tapete antiderrapante	1
Total: 54	

Com o objetivo de analisar a satisfação da amostra com os recursos de tecnologia assistiva utilizados, foi solicitado que escolhessem o dispositivo que consideravam mais importante na rotina para ser aplicado o instrumento QUEST. Conforme o levantamento realizado no instrumento referido, 12 pessoas não utilizavam dispositivos assistivos na rotina. Considerando a nota de todos os participantes usuários de tecnologia assistiva ($n=28$), a média obtida no QUEST foi de $2,7 \pm 2,1$ de 5 pontos,

2,7±2 para a satisfação com o recurso e 2,3±2,2 de satisfação com os serviços oferecidos. Quando solicitado que elencassem as três características mais importantes de um recurso assistivo na QUEST, os itens com maiores prioridades foram: segurança (17 escolhas), conforto (14 escolhas) e facilidade no uso (9 escolhas).

5.3.2. Confiabilidade do OSA-BR

A confiabilidade do OSA-BR foi medida por meio dos testes de **estabilidade e consistência interna**.

O procedimento da estabilidade foi realizado utilizando o teste-reteste intraexaminador e analisado pelo método estatístico do teste de correlação interclasses (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; TERWEE et al., 2007).

Os dados da coleta do teste-reteste foram classificados entre coleta 1 e coleta 2 e os valores médios podem ser observados na Tabela 16. Os dados gerais de ambas as coletas podem ser conferidos no Apêndice 6.

Tabela 16: Análise do teste-reteste do instrumento OSA-BR

OSA-BR – Eu Mesmo	Coleta 1	Coleta 2	Correlação Interclasse
Competência Ocupacional	48,3±9,7	49,2±11,7	0,84
Valores	57,6±14,6	61,3±16,8	0,82
OSA-BR – Meu Ambiente	Coleta 1	Coleta 2	Correlação Interclasse
Competência Ocupacional	21,5±4,8	20,8±4,4	0,77
Valores	23,7±6,2	23,3±5,9	0,89

Como demonstra a Tabela 16, para a coleta 1, na avaliação da estabilidade da competência ocupacional pelo instrumento “OSA-BR – Eu Mesmo”, a amostra obteve pontuação média de 48,3±9,7, sendo que na coleta 2 a média foi de 49,2±11,7. A análise do Índice de Correlação Interclasse para essas medidas obteve o valor de 0,84.

Para a análise dos valores nessa mesma escala, na coleta 1 obteve-se a pontuação média de 57,6±14,6 e 61,3±16,8. Para os valores da escala “OSA-BR – Eu Mesmo” índice de correlação interclasse de 0,82.

Na avaliação do instrumento “OSA-BR – Meu Ambiente”, a média da competência ocupacional foi de 21,5±4,8 para a coleta 1 e 20,8±4,4 na coleta 2. O índice de correlação interclasse foi de 0,77.

Referente às médias obtidas nos valores da escala “OSA-BR – Meu Ambiente”, na coleta 1 foi de $23,7 \pm 6,2$ e $23,3 \pm 5,9$ na coleta 2. Para essa análise, o índice de correlação interclasses foi de 0,89.

Conforme orientam Nunnally e Bernstein (1994) e Terwee et al. (2007), o instrumento OSA-BR obteve índices satisfatórios de correlação interclasse nas duas escalas do instrumento e também nas duas etapas de avaliação das escalas, apontando para a estabilidade no uso do OSA-BR com pessoas com deficiências físicas resultantes de sequelas neurológicas.

A consistência interna das duas escalas do instrumento foi medida por meio teste de coeficiente alfa de *Cronbach* para determinar a homogeneidade da escala, utilizando como medida de corte o coeficiente mínimo de 0,7 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Conforme a Tabela 17, tanto a escala “OSA-BR – Eu Mesmo” quanto a escala “OSA-BR – Meu Ambiente” obtiveram coeficientes superiores à 0,7 nas duas etapas de avaliação (competência ocupacional e valores).

Tabela 17: Coeficiente Alfa de *Cronbach* para a amostra estudada

OSA-BR – Eu Mesmo	Alfa de <i>Cronbach</i>
Competência Ocupacional	0,86
Valores	0,88
OSA-BR – Meu Ambiente	Alfa de <i>Cronbach</i>
Competência Ocupacional	0,73
Valores	0,85

5.3.3. Validade construto da OSA-BR

Para a análise da validade de construto da OSA-BR foi realizada a correlação com o instrumento SF-36. A análise estatística foi conduzida por meio do coeficiente de correlação de postos de *Spearman* para avaliar a diferenças entre as médias dos tratamentos. A coleta de dados com a amostra gerou as seguintes médias para os domínios do SF-36:

Capacidade Funcional: $34,3 \pm 26,1$

Limitação por aspectos físicos: $45,6 \pm 42,3$

Dor: 75,5±19,7

Estado geral de saúde: 60,8±20,4

Vitalidade: 55,3±24,6

Aspectos sociais: 69,1±27,3

Limitação por aspectos emocionais: 51,7±44,7

Saúde Mental: 61,9±24,2

Os valores individuais obtidos no SF-36 podem ser consultados no Apêndice 7.

Após a análise estatística, utilizando o coeficiente de correlações de postos de *Spearman*, as seguintes correlações foram encontradas:

Tabela 18: Correlações entre OSA-BR – Eu mesmo (Competência Ocupacional) e SF-36

Itens do SF-36	Competência Ocupacional	Coefficiente de correlação
Limitação por Aspectos Físicos	0,001	0,506
Estado Geral de Saúde	0,01	0,394
Vitalidade	0,002	0,470
Aspectos Sociais	0,003	0,454
Limitação por aspectos emocionais	0,02	0,367
Saúde Mental	0,001	0,490

Não foram encontradas correlações entre os valores da escala “OSA-BR – Eu Mesmo” e o SF-36. A análise da correlação entre a competência ocupacional da escala “OSA-BR – Meu Ambiente” e o SF-36 apresentou correlação significativa com o domínio Saúde Mental ($p=0,006 / 0,423$). Não foram encontradas correlações entre os valores da escala “OSA-BR – Meu Ambiente” e o SF-36.

5.3.4. Correlações da OSA-BR com a MIF e QUEST

Foram realizadas análises de correlação entre o OSA-BR e os instrumentos MIF e QUEST. Na amostra estudada obteve-se média de 101,4±17,8 com a MIF. A média 2,7±2,1 foi obtida com a QUEST para a pontuação total da avaliação. Para a avaliação do recurso assistivo, a média foi de 2,3±2 e para os serviços foi obtida média de 2,3±2,2. Os dados individuais encontram-se no Apêndice 8.

Foi encontrada correlação significativa entre a competência ocupacional da escala “OSA-BR – Eu Mesmo” e a MIF ($p=0,02/0,364$). Não houve correlação significativa dessa escala com a QUEST.

Não houve correlação significativa entre os valores da escala “OSA-BR – Eu Mesmo” com nenhuma das escalas avaliadas. Não foram encontradas correlações significativas entre a escala “OSA-BR – Meu Ambiente” com nenhuma das escalas avaliadas.

A análise estatística da MIF aponta para correlações com todos os domínios do SF-36 e também com a QUEST. A Tabela 19 resume essas correlações:

Tabela 19: Correlações da MIF

MIF Total	p value	Coefficiente de Correlação
SF-36 – Capacidade Funcional	0,001	0,523
SF-36 – Vitalidade	0,03	0,333
QUEST – Recursos	0,002	-0,497
QUEST – Total	0,001	-0,500

6. Discussão

Atualmente tem crescido o número de instrumentos criados para a utilização na pesquisa e na prática de reabilitação, principalmente aqueles relacionados com a atividade e participação de pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional. Instrumentos mais antigos não foram desenvolvidos com essa finalidade, então sua utilização pode não fornecer dados fidedignos para a avaliação da qualidade e capacidade de participação em atividades diárias de pessoas com deficiências (COSTER, 2013).

Considerando a limitada quantidade de instrumentos da Terapia Ocupacional disponíveis para uso no Brasil, foi realizada a adaptação transcultural do instrumento “*Occupational Self Assessment Version 2.2, 2006*” do Modelo da Ocupação Humana. O processo de tradução e adaptação transcultural foi realizado de forma satisfatória, tanto por ter atingido valores satisfatórios dos índices de concordância no comitê de especialistas, como pela submissão da versão pré-final ao teste de aplicabilidade (validade de face), o qual mostrou que o instrumento tem compreensão dos seus itens para a aplicação com pessoas com deficiências físicas, dando origem ao instrumento “Autoavaliação Ocupacional (OSA – BR)”.

A versão brasileira foi submetida aos testes de confiabilidade apresentando valores satisfatórios no teste-reteste e consistência interna. Também foram obtidos dados de validade de construto com o instrumento SF-36. Esses dados apontam que o instrumento está adequado para ser aplicado no contexto brasileiro, pois a sua aplicação e medida de construto se mostraram confiáveis.

Previamente ao início do processo de adaptação e tradução de um instrumento, dois pontos devem ser considerados pelo pesquisador. Primeiramente se o instrumento realmente é necessário para a nova cultura e por quê (COSTER; MANCINI, 2015). Conforme apontado por Chaves et. al. (2010), a utilização de escalas padronizadas no Brasil ainda é incipiente, ao contrário de outros países. Há a necessidade de da ampliação da disponibilidade de instrumentos validados e fidedignos para uso da Terapia Ocupacional.

Com relação às escalas de avaliação disponíveis no Brasil, identifica-se que elas ainda são limitadas em avaliar componentes de desempenho ou áreas do desempenho ocupacional (CHAVES et al., 2010).

A escolha do OSA como instrumento a ser traduzido se deu em função da característica central dessa escala: ser baseada na autoavaliação do cliente sobre seu desempenho ocupacional, considerando suas capacidades em desempenhar tarefas, o valor dessas tarefas para si e a possibilidade de avaliar o ambiente em que o mesmo realiza suas atividades.

Outro motivo que levou a escolha do OSA foi a possibilidade de ser reaplicado e servir como meio de avaliação da efetividade do processo terapêutico oferecido ao cliente (KIELHOFNER, 2010). Coster (2013) afirma que essa é uma característica fundamental para sua utilização na prática clínica em função da capacidade de se avaliar a efetividade do plano terapêutico proposto para um cliente.

Ainda considerando o porquê da utilização do OSA no Brasil, Cruz (2018) faz uma importante reflexão de que o Modelo da Ocupação Humana é abrangente, analisando não só aspectos intrínsecos da pessoa, como também os componentes ambientais e sua relação com a ocupação (aspectos extrínsecos). O OSA reflete esses fatores, com o benefício de ser centrado no cliente e de determinar objetivos de tratamento segundo as suas visões. Na revisão de literatura realizada por Chaves et. al. (2010), a despeito de haverem outras escalas que são auto aplicáveis, nenhuma delas tem a capacidade de avaliar o cliente segundo seus aspectos intrínsecos e extrínsecos.

Recentemente Cruz et al. (2019) conduziu a adaptação transcultural e confiabilidade do instrumento “Identificação da Participação Ocupacional do Modelo de Ocupação Humana - MOHOST” para utilização no Brasil. Embora ambos os instrumentos sejam indicados para a avaliação da população jovem, adulta e idosa e avaliarem aspectos intrínsecos e extrínsecos do cliente, eles se diferenciam quanto ao método de avaliação empregado, uma vez que o MOHOST baseia-se na observação e utilização de múltiplos métodos de coleta para a obtenção de informações relevantes sobre a volição, habituação, habilidades, desempenho, participação e ambiente, já o OSA se diferencia pelo fato de ser um instrumento autoaplicável e com a capacidade de avaliar a adaptação ocupacional (identidade e competência) dos clientes por meio de *follow up* (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

Dessa forma a disponibilidade do OSA no Brasil vem complementar o processo de avaliação das pessoas atendidas por terapeutas ocupacionais, pois além do processo ser baseado em um Modelo reconhecido mundialmente, ele também permite que o cliente se auto avalie e auxilie na determinação de demandas para a terapia. A utilização desse instrumento exige do cliente a habilidade de sentir e pensar sobre as suas ocupações como um processo de mudança (CRUZ, 2020).

Cabe salientar também que a volição é um conceito único do Modelo da Ocupação Humana (KIELHOFNER, 2008), fazendo com que sua análise, quando comparada à capacidade de desempenho dos clientes, seja um fator inovador em termos de instrumento de avaliação disponíveis no Brasil.

O segundo ponto a ser considerado na adaptação de uma medida é se o instrumento proposto para a adaptação transcultural é o melhor para o seu propósito (COSTER; MANCINI, 2015). Isso é, se este consegue ser mais sensível para o que se propõe avaliar. Dentre os instrumentos de avaliação propostos pelo Modelo da Ocupação Humana o OSA é o instrumento desenvolvido para ser utilizado como medida de avaliação inicial do cliente, ou como um meio de levantar informações relevantes para o desenvolvimento do plano terapêutico quando não se tem informações da capacidade de desempenho e os valores do cliente (BARON et. al, 2006). Dentre os instrumentos do Modelo da Ocupação Humana validados para serem utilizados no Brasil, nenhum deles tem o objetivo de avaliar o cliente segundo a sua autopercepção ocupacional, o que destaca a pertinência do OSA para o país.

Conforme os autores do OSA orientam, ele não deve ser utilizado como medida única de avaliação, mas como um bom meio de obter informações sobre o que o cliente acha relevante de ser modificado em seu padrão de ocupação, bem como de fazer um trabalho conjunto entre terapeuta e cliente, podendo ser complementado com avaliações específicas, por exemplo, como a da amplitude de movimento e grau de espasticidade; que interferem na funcionalidade do membro superior e limitam a capacidade ocupacional (BARON et. al, 2006).

Como o Modelo da Ocupação Humana é o Modelo mais publicado internacionalmente, pode-se dizer que, em termos de Modelo focado na Ocupação, ele é também o mais prevalente na prática dos terapeutas ocupacionais no mundo (TURPIN, IWAMA, 2011). Logo, a adaptação do OSA para a utilização no Brasil permitirá que os

terapeutas ocupacionais brasileiros se aproximem na discussão da prática de terapeutas de outras nacionalidades a fim de se identificar diferenças, similaridades e no quanto diferentes contextos político-econômico-culturais podem influenciar em como a pessoa se auto avalia em termos ocupacionais, contribuindo dessa forma para a prática baseada em evidência e na documentação da produção de conhecimento sobre o Modelo de Ocupação Humana.

O processo de tradução e adaptação transcultural seguiu o processo orientado pelos documentos: 1) *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report* e 2) *Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation* (BEATON et al, 2000; WILD et al, 2005). A sistematização da tradução e adaptação transcultural do OSA para a língua portuguesa (Brasil) foi beneficiada por estes documentos, pois garantiu que a adaptação fosse realizada com qualidade processual reconhecida internacionalmente. Em termos mais objetivos, durante todas as etapas de tradução, sínteses e pré-teste, o instrumento passou por modificações que refletem a necessidade de adequação cultural ao contexto brasileiro.

Porém, cabe acrescentar que mesmo com a utilização desses documentos, a adaptação de instrumentos para uma língua diferente da qual ele foi criado apresenta desafios que devem ser cuidadosamente analisados. O primeiro desafio foi analisar se os construtos utilizados no OSA, na língua de origem, eram correspondentes no Brasil (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

Uma das maiores dificuldades na adaptação de um instrumento é a tradução de palavras em que não há tradução equivalente para a língua de origem ou a avaliação de um item que não é comum para a língua de origem, como por exemplo, o ato de tomar banho em banheira não é comum na cultura brasileira (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). Na tradução e adaptação do OSA para a língua portuguesa brasileira nenhum dos dois problemas foram encontrados, tanto nos estágios de tradução e retrotradução, como também pelo comitê de especialistas. Isso pode ser explicado, em parte, pelo fato do OSA ter sido desenvolvido em parceria com terapeutas de diferentes nacionalidades e aplicado em diversas culturas (BARON et al., 2006), o que possivelmente auxiliou na eliminação de interferências culturais na sua criação, possibilitando assim um processo de tradução com poucas interferências culturais como as acima citadas.

A submissão da versão pré-final do instrumento ao pré-teste foi fundamental para a adequação do *layout* do instrumento e na eliminação de dúvidas quanto ao preenchimento. Apesar de parte dos participantes da pesquisa relatarem que não seriam capazes de responder aos questionários sem auxílio do terapeuta, isso não seria um problema para sua aplicação na prática clínica ou do seu uso na pesquisa, pois os autores do instrumento na versão original orientam que o preenchimento seja realizado de forma autônoma, porém o terapeuta pode tirar dúvidas e orientar quanto ao preenchimento (BARON et al., 2006).

Da mesma forma pode ser explicado sobre a taxa de participantes que relataram que alguns itens são confusos (Grupo 1=17%, Grupo 2=58%) e que todos os itens são confusos (Grupo 1=8%). Ao se adquirir o OSA no pelo site *UIC Model of Occupation Clearinghouse* (<https://www.Modelo da Ocupação Humano.uic.edu/default.aspx>) o terapeuta também recebe o manual de aplicação do instrumento. Nos anexos J e H desse manual há a explicação de cada um dos itens de avaliação do OSA com frases que devem ser lidas para o cliente a fim de auxiliar na eliminação das dúvidas, sem interferir na resposta do mesmo (BARON et al., 2006). Isto requer a necessidade de o terapeuta ler o manual na íntegra e treinar quando ao seu uso, a fim de que possa iniciar a aplicação com sucesso.

Referente aos dados da aplicação da OSA-BR, o item prevalentemente escolhido para ser modificado pelo grupo 1 foi “Fisicamente fazer o que eu preciso fazer”, o que reflete a capacidade do instrumento em medir o impacto auto percebido na capacidade de desempenho. A escolha do referido item como objetivo terapêutico aponta para o impacto das limitações físicas na capacidade de desempenho do grupo 1.

Para o grupo 2 o item selecionado foi “Concluir o que preciso fazer”. Como esperado, um grupo de estudantes sem deficiências não possui limitações físicas que impactem diretamente em sua capacidade de desempenho. Nesse caso, para alunos de terapia ocupacional, com o papel ocupacional de estudante, a escolha do item a ser modificado reflete as demandas e expectativas ocupacionais para concluir suas tarefas e cumprir esse papel.

Segundo a metodologia adotada para este estudo, pode-se afirmar que a adaptação transcultural do “*Occupational Self Assessment v.2.2*” foi realizada satisfatoriamente dando origem ao instrumento “Autoavaliação Ocupacional - Brasil –

OSA - BR”. Em função do processo seguido, o instrumento atingiu equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, estando adequado para a realidade brasileira.

A etapa seguinte à tradução de um instrumento é a determinação da qualidade para utilização na nova cultura por meio da avaliação das suas propriedades psicométricas, isso é, a avaliação da confiabilidade e da validade da escala traduzida (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A confiabilidade versa sobre a capacidade de se reproduzir o resultado de um teste de forma consistente em um determinado período de tempo, no espaço, por um único avaliador ou entre avaliadores (TERWEE et al., 2007).

A avaliação da confiabilidade do OSA-BR foi realizada por meio dos testes de estabilidade e de consistência interna. A análise da consistência interna tem o objetivo de calcular a correlação existente entre os itens do teste, em outras palavras tem o objetivo de determinar a relevância e a importância de cada item na composição da avaliação (PASQUALI, 2003). A consistência interna também indica se os itens da avaliação medem o mesmo construto, isso é, se a escala é homogênea quanto ao que se pretende avaliar. O coeficiente Alfa de *Cronbach* para a amostra deste estudo apresentou valores superiores à 0,7, dado que aponta para a adequação da homogeneidade do instrumento para a sua utilização no Brasil (POLIT; BECK, 2011).

Este resultado era esperado uma vez que o instrumento, em sua versão original, foi submetido a uma série de testes para adequação de seus itens segundo os conceitos do Modelo da Ocupação Humana e determinação de quais itens de avaliação eram relevantes para medir a competência ocupacional das pessoas e os valores nas suas ocupações (KIELHOFNER et al., 2009, 2010; KIELHOFNER; FORSYTH, 2001). Essa adequação pode ser vista também na adaptação transcultural do OSA para outras culturas como nos estudos realizados na Jordânia (YAZDANI; JIBRIL; KIELHOFNER, 2008) e na Malásia (MURAD; FARNWORTH; O'BRIEN, 2011). Em ambos os estudos, a aplicação da versão traduzida do OSA obteve valores do Alfa de *Cronbach* e Índice de Correlação Interclasses superiores a 0,7, que demonstram a confiabilidade na avaliação e reprodução dos dados do instrumento, conforme obtivemos em nosso estudo.

A validade de instrumentos de avaliação era entendida por meio de três tipos de estudo: validades de conteúdo, de critério e de construto. A validade de conteúdo tem o objetivo de avaliar o conteúdo de determinado instrumento, se ele é adequado para representar um domínio a ser avaliado. A validade de critério diz respeito à capacidade de relacionar e prever variáveis externas, como por exemplo, a capacidade de desempenho, a independência e etc. A validade de critério por si só se relaciona ao construto avaliado pelo instrumento, uma vez que sua aplicação é relevante ao contexto de aplicação. Por último a validade de construto é definida como a medida em que um teste mede determinado construto, em que grau as evidências apoiam os significados atribuídos às pontuações do teste (MUNIZ, 2004).

A utilização do termo “tipos de validade” foi substituída por “fontes de evidência de validade”, pois dessa forma consegue-se abordar o construto frente as suas diferentes formas de estudá-lo (conteúdo, correlação e etc.), pois o processo de validação é cumulativo, agregando uma série de evidências científicas que sustentam as interpretações das pontuações das avaliações e aos seus usos (PRIME; MUNIZ; SILVA, 2009).

As mudanças que foram propostas referem-se à avaliação da validade em três tipos de estudos distintos, pois tanto a validade de conteúdo, quanto a validade de critério avaliam, em algum grau, o construto, pois abordam informações sobre o sentido da interpretação dos testes. Dessa forma a validade de construto passou a ser empregada como conceito abrangente que inclui todas as outras formas de validade, onde é inadequado utilizar procedimentos específicos para a validade de construto (PRIME; MUNIZ; SILVA, 2009). Messick (1989) define a validade como a medida em que as evidências empíricas e os racionais teóricos embasam os significados interpretativos e os usos propostos para o teste.

Cabe salientar que as fontes de evidência de validade não dizem respeito ao teste em si, mas à interpretação do teste e nas suas aplicações práticas (PRIME; MUNIZ; SILVA, 2009). Respeitando o documento “*Standard for Educational and Psychological Testing*” (1999) publicado pelas organizações: *the American Educational Research Association (AERA)*, *the American Psychological Association (APA)*, e *the National Council on Measurement in Education (NCME)*, o OSA – BR apresentou fontes de

evidência de validade com base na relação com variáveis externas, onde obteve-se a validade construto utilizando correlações com itens do instrumento SF-36.

Conforme o estudo de Murad, Farnworth e O'brien (2011), o OSA – BR também apresentou correlações significativas com o instrumento SF-36. Foram encontradas correlações significativas do OSA – BR com seis domínios do SF-36, a saber: Capacidade Funcional, Limitações por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Limitações por Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Apesar dos itens do OSA não terem o objetivo de avaliar questões emocionais ou de saúde mental, a percepção do desempenho ocupacional e valores dos clientes apresentaram correlações significativas com os domínios “Limitações por aspectos emocionais” e “Saúde Mental” do SF-36. Tais relações indicam para a o impacto na competência ocupacional de pessoas acometidas por sequelas neurológicas indissociada de questões psicológicas.

A avaliação dos domínios de natureza da saúde física, medidos pelo instrumento SF-36, são diretamente relacionados à competência ocupacional medida pelo OSA – BR, pois esses domínios do SF-36 avaliam a capacidade da pessoa em realizar atividades vigorosas como levantar objetos pesados, correr e subir longas escadas, além de atividades moderadas como mover uma mesa, carregar mantimentos, subir poucos degraus, tomar banho, curvar o corpo e se vestir (WARE, 2000).

A correlação é justificada em função do segundo ao sexto itens de avaliação do OSA-BR serem relacionados à atividades com componentes de desempenho físicos e desempenho ocupacional medidos pelo Modelo da Ocupação Humana, ou seja, atividades que em algum nível exigem capacidades físicas e motoras para sua realização (BARON et al., 2006).

Mesmo que indiretamente, outros itens de avaliação do OSA-BR também tem relação com aspectos físicos da pessoa avaliada, pois tanto itens relacionados com a habituação, como os itens: “Concluir o que preciso fazer” e “Ter uma rotina satisfatória”, quanto itens da volição: “Realizar o que me propus a fazer” e “Usar minhas habilidades com efetividade”, podem sofrer interferência em função de limitações físicas da pessoa, o que justifica a correlação com os domínios do SF-36.

Sustenta as afirmações acima o fato de que no Modelo da Ocupação Humana, a capacidade de desempenho refere-se às capacidades físicas e mentais subjacentes ao desempenho ocupacional e necessárias para realizar atividades. A capacidade de desempenho é dependente dos sistemas muscular, neurológico, cardiopulmonar e outros sistemas corporais que são utilizados quando agimos no mundo (YAMADA; TAYLOR; KIELHOFNER, 2017).

O Modelo da Ocupação Humana não aborda diretamente a avaliação e intervenção nos aspectos objetivos das pessoas (habilidades físicas e mentais), por considerar que há outros Modelos que o fazem com maestria e utiliza-os como complemento na atuação do terapeuta ocupacional que se baseia pelo Modelo da Ocupação Humana (TURPIN, 2011).

No Modelo da Ocupação Humana, a capacidade de desempenho também é vista de forma subjetiva, que entende como um indivíduo faz atividades e é construído a partir da experiência do fazer. O foco dado por Kielhofner (2008) aos aspectos subjetivos da capacidade de desempenho é em função da negligência dessa avaliação por parte dos terapeutas ocupacionais. Para complementar esse conceito, o autor introduz a discussão sobre “o corpo vivido” (em uma tradução livre) onde o corpo é o veículo pelo qual a vida é vivida e o ato de fazer é experimentado.

A correlação entre o OSA – BR – Eu Mesmo e o instrumento SF-36 corrobora com os apontamentos realizados por Kielhofner (2008), pois tanto os domínios físicos, quanto os domínios mentais da avaliação do SF-36 tem relação direta com a auto percepção da competência ocupacional, uma vez que interferem em como as pessoas fazem, vivenciam e interpretam o que fazem.

O mesmo pode ser discutido em função da correlação entre a capacidade de desempenho do OSA-BR- Meu Ambiente e o domínio “Saúde Mental” do instrumento SF-36. A avaliação do domínio “Saúde Mental” é realizada por meio da resposta para a frequência de tempo em que a pessoa se sente cheia de vigor, nervosa, deprimida, tranquila, com muita energia, desanimada, feliz e cansada. Kielhofner (2008) classifica o ambiente como um importante domínio do Modelo, em que as oportunidades, demandas, suportes e limitações têm influência sobre uma pessoa e se configuram como um impacto ambiental. Sendo o ambiente uma dimensão crítica do Modelo, que permite ou interfere nas ocupações, sua correlação com o domínio saúde mental é significativo

quando comparado à frequência na qual a pessoa apresenta emoções positivas ou negativas frente ao ambiente e a sua participação nele.

A correlação entre a pontuação da MIF com o OSA – BR mostra que o senso de competência ocupacional da pessoa está diretamente relacionado com seu nível de independência e funcionalidade e esse resultado é apresentado em estudos prévios que utilizaram o OSA (VENABLE et al., 2000; SVIDÉN; THAM; BORELL 2004; KATO et al., 2008; CHAE; MOONYOUNG, 2016). Apesar do OSA-BR tratar sobre o nível de dificuldade que as pessoas possuem para realizar uma série de atividades, nenhum dos itens refere-se propriamente ao nível de independência no desempenho dessas atividades. Porém, alguns itens de avaliação da competência ocupacional medida pelo OSA mensuram o nível de dificuldades em itens similares aos da MIF, como por exemplo o item “cuidar de mim mesmo”, “Lidar com as minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)” e “Fisicamente fazer o que eu preciso fazer” que se referem também ao desempenho em ocupações.

Conforme os autores do OSA orientam, a sua aplicação é direcionada para a realização de uma avaliação inicial do cliente e elaboração conjunta de um plano terapêutico, mas que pode ser complementado com outros instrumentos para uma melhor compreensão do contexto e nível de intervenção necessária para cada pessoa (BARON et al., 2006). Dessa forma, a MIF pode ser utilizada como um potente instrumento no processo de avaliação quando atuando como complemento ao grau de satisfação com a capacidade de desempenho medida pelo OSA, na medida em que os resultados dessa pesquisa mostram que esses dois instrumentos tem relação e podem ampliar o processo de avaliação e coleta de informações para a prática.

A correlação com os domínios “Capacidade Funcional” e “Vitalidade” do SF-36 com a MIF foi significativa, pois as questões relacionadas a ambos os domínios dizem respeito a atividades físicas, o nível de dificuldade encontrada em função do atual quadro de saúde, e sobre a sensação de disposição ou cansaço sentida pela pessoa (CICONELLI et al., 1999). Logo, as condições encontradas nos dois domínios podem impactar diretamente no nível de independência na realização das AVD, pois apontam para as limitações físicas e atitudinais frente a atividades básicas como a transferência, ou locomoção, por exemplo.

Um dado relevante obtido no presente estudo diz respeito à correlação negativa encontrada entre a MIF e a QUEST. O presente estudo identificou que o nível de independência é inversamente proporcional à satisfação com o recurso de tecnologia assistiva, ou seja, quanto maior o nível de independência menor será a satisfação com o recurso de tecnologia assistiva. Esse dado fomenta discussões sobre a prática clínica de terapeutas, considerando que o objetivo da tecnologia assistiva é auxiliar o indivíduo a transpor dificuldades encontradas em suas ocupações para poder aumentar o seu nível de participação nelas.

No entanto, participantes que utilizavam algum recurso de tecnologia assistiva, apresentaram maior nível de independência na MIF quando comparados com aqueles que não faziam uso de nenhum recurso. A tecnologia assistiva tem o potencial de permitir que pessoas com deficiências tenham um senso de autonomia e reconhecimento pela sociedade por meio da compensação de fraquezas ou suporte às potencialidades da pessoa na execução de tarefas, dessa forma reduzindo o estresse psicológico e físico no cotidiano, que pode refletir na qualidade de vida e na autoestima (SCHERER et al., 2005).

Em parte isso pode ser explicado segundo os achados de Verbrugge e Sevak, (2002), em que a severidade da deficiência está diretamente relacionada à necessidade de utilização de algum recurso de tecnologia assistiva. Os autores apontam que a utilização da tecnologia assistiva para aquelas pessoas com grandes incapacidades está relacionada a uma grande melhora da funcionalidade, não na resolução total das limitações. Porém, a sua utilização resultou na melhora da independência e diminuição de necessidades não contempladas na rotina dessas pessoas.

A tecnologia assistiva quando empregada adequadamente eleva a autoconfiança, nível de controle e independência no cotidiano, que são de extrema importância para pessoas com algum nível de deficiência no intuito de prevenir declínios funcionais ou até mesmo acelera a recuperação funcional quando possível (VERBRUGGE; SEVAK, 2002). Atender as necessidades na execução de atividades de vida diária de pessoas com deficiências é de extrema importância quando considerado as consequências do baixo nível de independência na execução de atividades básicas, resultando em uma má higiene corporal, lesões por pressão, infecções urinárias ou restrições na participação em ocupações significativas (LAPLANTE et al., 2004).

Dessa forma, a correlação entre a MIF e a QUEST necessita de mais estudos para um melhor esclarecimento sobre a influência da satisfação com a tecnologia assistiva na independência de pessoas com deficiências. Considerando que a amostra empregada neste estudo era composta por pessoas com deficiências que utilizavam recursos de tecnologia assistiva e outras que não utilizavam, talvez essa característica tenha impactado na análise da correlação entre a satisfação no uso da tecnologia assistiva com o nível de independência de pessoas com deficiências. Pois, ao considerar a discussão apresentada por Scherer et al. (2005), La Plante et al. (2004) e Verbrugge e Sevak (2002) e o maior nível de independência dos participantes do presente estudo que utilizavam tecnologia assistiva, aponta para a melhora da funcionalidade e independência com a utilização desses recursos, o que pode refletir positivamente na satisfação dessas pessoas.

7. Conclusão

Por meio da análise dos dados das amostras desse estudo foi possível concluir que a adaptação transcultural do instrumento “*Occupational Self Assessment v.2.2 (2006)*”, dando origem ao instrumento “*Occupational Self Assessment – Brasil*”. A metodologia adotada garantiu que o OSA – BR possui validade de construto e confiabilidade para ser utilizado no Brasil com pessoas com deficiências físicas.

Os dados referentes à validade de face mostram que o instrumento OSA – BR é facilmente compreendido para o seu preenchimento. O instrumento obteve altos índices de confiabilidade no teste-reteste com um índice maior que 0,7. As fontes de evidência de validade apontam para correlação significativa entre o OSA – BR e instrumento SF-36, que refletem tanto as limitações na capacidade de desempenho físicas quanto emocionais de pessoas com deficiência.

Este estudo teve como limitação uma pequena amostra de pessoas com deficiências físicas resultantes de sequelas neurológicas. Novos estudos devem ser realizados com o OSA – BR a fim de se avaliar suas propriedades psicométricas do instrumento com uma amostra maior de adultos com deficiências, com outras condições de saúde e com populações diversas, tais como, estudantes, trabalhadores, pessoas em sofrimento mental, dentre outras.

Recomenda-se também a realização de novos estudos de aplicação do OSA – BR em outras áreas de atuação da Terapia Ocupacional com o objetivo de determinar se as propriedades psicométricas do instrumento se mantêm, permitindo assim a ampliação do uso do OSA – BR e sua aplicação de forma ampla pela profissão no Brasil.

Desta forma conclui-se que o instrumento “*Occupational Self Assessment – OSA – Brasil*” está apto a ser utilizado no país como forma de avaliação de pessoas que apresentam problemas na participação ocupacional, em especial para os construtos da competência ocupacional e valores, segundo a teoria do Modelo da Ocupação Humana.

8. Referências

- A, E.; MUNRO. **Munro's statistical methods for health care research**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- ALMEIDA, M. Elaboração e validação do instrumento CICA: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 3 SE-Artigo Original, 1 dez. 2004.
- ALOTAIBI, N. M.; REED, K.; SHABAN NADAR, M. Assessments used in occupational therapy practice: An exploratory study. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 23, n. 4, p. 302–318, 2009.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION'S. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. Supplement_1, p. S1–S48, 11 set. 2014.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION'S. Occupational therapy practice framework: domain and process, 3. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68 (Suplem, n. Setembro, p. S1–S48, 11 set. 2017.
- ANANDAN, N. et al. Impairments and perceived competence in persons living with HIV/AIDS. **Work (Reading, Mass.)**, v. 27, n. 3, p. 255–266, 2006.
- APA, & N. A. **Standards for educational and psychological testing** Washington, American Educational Research Association. Washington, 1999.
- ASGARI, A.; KRAMER, J. M. Construct validity and factor structure of the persian occupational self-assessment (OSA) with iranian students. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 22, n. 2–3, p. 187–200, 2008.
- ASHBY, S.; CHANDLER, B. An exploratory study of the occupation-focused models included in occupational therapy professional education programmes. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 12, p. 616–624, 2010.
- Assistive Technology and Occupational Performance. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 70, n. Supplement_2, p. 7012410030p1, 9 ago. 2016.
- AY-WOAN, P. et al. Quality of life in depression: Predictive models. **Quality of Life Research**, v. 15, n. 1, p. 39–48, 2006.
- BARON, K. et al. **Occupational Self Assessment**. 1. ed. Illinois: Model of Human Occupation Clearinghouse, 2006.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, dez. 2000.
- BENETTON, M. J.; LANCMAN, S. Estudo de confiabilidade e validação da “entrevista da história do desempenho ocupacional”. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 9, n. 3, p. 94–104, 1998.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população

geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.

BROWN, C.; STOFFEL, V.; MUNOZ, J. P. **Occupational therapy in mental health : a vision for participation** Philadelphia [Pa.]F.A. Davis Co., , 2012. Disponível em: <<http://www.credoreference.com/book/fadocthermh>>

BROWN, T.; CHIEN, C.-W. (WILL). Top-down or Bottom-up Occupational Therapy Assessment: Which Way Do We Go? **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 3, p. 95–95, mar. 2010.

CAMPOS, L. C. B. et al. Adaptação transcultural e validade face do Wheelchair Skills Test Questionnaire (versão 4.3) para cuidadores. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 17–26, 2019.

CARO, C. C.; COSTA, J. D.; CRUZ, D. M. C. DA. O USO DE DISPOSITIVOS AUXILIARES PARA A MOBILIDADE E A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM SUJEITOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 3, p. 558–568, 2018.

CHAE, G.-S.; MOONYOUNG, C. The correlation between occupational performance and well-being in stroke patients. **The Journal of Physical Therapy Science**, v. 28, n. 6, p. 1712–1715, 2016.

CHAPLEAU, A. M. Exploring the Role and Scope of Clinical Assessment in Occupational Therapy. **The Open Journal of Occupational Therapy**, v. 3, n. 3, 1 jul. 2015.

CHAVES, G. et al. Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil . **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 3, 2010.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. bras. reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999.

COLE, M. B.; TUFANO, R. Applied Theories in Occupational Therapy: A Practical Approach. In: **Applied Theories in Occupational Therapy: A Practical Approach**. Thorofare, NJ: SLACK, 2008.

CORDEIRO, J. R. et al. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian Portuguese version of the Role Checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. **The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association**, v. 61, n. 1, p. 33–40, 2007.

COSTER, W. J. Making the best match: selecting outcome measures for clinical trials and outcome studies. **The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association**, v. 67, n. 2, p. 162–170, 2013.

COSTER, W. J.; MANCINI, M. C. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, 2015.

CRIST, P. et al. Education and practice collaborations: A pilot case study between a

university faculty and county jail practitioners. **The Scholarship of Practice: Academic-Practice Collaborations for Promoting Occupational Therapy**, v. 0577, n. November 2015, p. 193–210, 2013.

CRIST, P. Functional challenges among late effects cancer survivors: A preliminary report on work engagement issues. **Work**, v. 46, n. 4, p. 369–379, 2013.

CRUZ, D. M. C. DA. **Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo**. Tese (Doutorado em Educação Especial) Universidade Federal de São Carlos, 229f, 2012.

CRUZ, D. M. C. DA. Prática centrada no cliente: o modelo de ocupação humana e a formulação ocupacional. In: GRADIM, L. C. C.; FINARDE, T. N.; CARRIJO, D. C. DE M. (Eds.). **Práticas em Terapia Ocupacional**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2020. p. 41–52.

CRUZ, D. M. C. DA et al. Associations between the Frequency of Smartphone Use, Psychosocial Aspects and Occupations among Undergraduate Occupational Therapy Students. **Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal**, v. 11, n. 2, p. 200, 2017.

CRUZ, D. M. C. DA. A pesquisa no LAFATec: Terapia Ocupacional nas diversas dimensões do fazer. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro**, v. 2, n. 4, p. 715–733, 2018a.

CRUZ, D. M. C. DA. Os modelos de terapia ocupacional e as possibilidades para prática e pesquisa no Brasil. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup**, v. 2, n. 3, p. 504–517, 2018b.

CRUZ, D. M. C. DA et al. Cross-cultural adaptation, face validity and reliability of the Model of Human Occupation Screening Tool to Brazilian Portuguese. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, 2019.

DAREMO, Å.; KJELLBERG, A.; HAGLUND, L. Occupational Performance and Affective Symptoms for Patients with Depression Disorder. **Advances in Psychiatry**, v. 2015, p. 1–6, 2015.

DAVITS, R.; CAMERON, J. Self-identified occupational competencies, limitations and priorities for change in the occupational lives of people with drug misuse problems. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 6, p. 251–260, 2010.

DEMERS, L.; WEISS-LAMBROU, R.; SKA, B. The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0): An overview and recent progress. **Technology and Disability**, v. 14, n. 3, p. 101–105, 29 set. 2002.

DOBLE, S. E.; SANTHA, J. C. Occupational Well-Being: Rethinking Occupational Therapy Outcomes. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 75, n. 3, p. 184–190, 1 jun. 2008.

DOUCET, B. M.; GUTMAN, S. A. **Quantifying function: The rest of the measurement story** *American Journal of Occupational Therapy*, 2013.

EARLY, M. B. Occupational Therapy and Physical Disabilities: Scope, Theory, and Approaches to Practice. In: EARLY, M. B. (Ed.). **Physical Dysfunction Practice**

Skills for the Occupational therapy Assistant. 3. ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, 2013.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of clinical epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 435–441, abr. 2015.

EWERT, T. et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 36, p. 22–29, 1 ago. 2004.

FORSYTH, K. Therapeutic Reasoning: Planning, Implementing, and Evaluating the Outcomes of Therapy. In: **Kielhofner's model of human occupation: theory and application**. 5. ed. Philadelphia: Wolter Kluwer, 2017. p. 173–186.

GAMEIRO; FERREIRA. Fiabilidade e sensibilidade do Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA). **Re(Habilita) - Revista da ESSA**, v. 2, p. 55–67, 2006.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.-P. Fundamentos de Mensuração em Saúde Mental. In: CLARICE GORENSTEIN; YUAN-PANG WANG; INES HUNGERBÜHLER (Eds.). **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Porto Alegre: Art Med, 2016. p. 32–149.

GRADIM, L. C. et al. Revisão sistemática sobre os posicionamentos de tilt e recline para usuários de cadeira de rodas. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 3, p. 417, 2018.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, 1993.

HAMMELL, K. R. W.; IWAMA, M. K. Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 19, n. 5, p. 385–394, 2012.

HARRAND, J.; BANNIGAN, K. Do tilt-in-space wheelchairs increase occupational engagement: a critical literature review. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, v. 11, n. 1, p. 3–12, 2016.

HAYES, R. L. Evidence-based occupational therapy needs strategically-targeted quality research now. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 47, n. 4, p. 186–190, 2000.

HELFRICH, C. A.; CHAN, D. V. Changes in self-identified priorities, competencies, and values of recently homeless adults with psychiatric disabilities. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v. 16, n. 1, p. 22–49, 2013.

HOCKING, C. Process of assessment and evaluation. In: CURTIN, M; MOLINEUX, J. S.-M. (Ed.). **Occupational Therapy and Physical Dysfunction Enabling Occupation**. 6. ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone Elsevier, p. 81–94, 2010

ISHIBASHI, Y. et al. The relationship between homebound status and occupational competence, and its effects on health-related quality of life. **Hong Kong Journal of Occupational Therapy**, v. 23, n. 1, p. 4–13, 2013.

ISHIKAWA, Y.; OKAMURA, H. Factors that impede the discharge of long-term schizophrenic inpatients. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 15, n. 4, p. 230–235, 2008.

KATO, C. et al. Relation of falls efficacy scale (FES) to quality of life among nursing home female residents with comparatively intact cognitive function in Japan. **Nagoya journal of medical science**, v. 70, n. 1–2, p. 19–27, 2008.

KEESING, S.; ROSENWAX, L. Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 58, n. 5, p. 329–336, 2011.

KIELHOFNER, G. A Model of Human Occupation , Part 2. Ontogenesis from the Perspective of Temporal Adaptation. **The American Journal of Occupational Therapy**, 1980a.

KIELHOFNER, G. A model of human occupation, Part 3, benign and vicious cycles. **The American journal of occupational therapy. : official publication of the American Occupational Therapy Association**, 1980b.

KIELHOFNER, G. **Model of human occupation: Theory and application**. 4. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

KIELHOFNER, G. et al. Developing the Occupational Self Assessment: The use of Rasch analysis to assure internal validity, sensitivity and reliability. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 72, n. 3, p. 94–104, 2009.

KIELHOFNER, G. **Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice**. 4. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2009.

KIELHOFNER, G. et al. The Occupational Self Assessment: Stability and the Ability to Detect Change over Time. **OTJR: Occupation, Participation, Health**, v. 30, n. 1, p. 11–19, 2010.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P. A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. **American Journal of Occupational Therapy**, 1980.

KIELHOFNER, G.; BURKE, J. P.; IGI, C. H. A Model of Human Occupation, Part 4. Assessment and Intervention. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 34, n. 12, p. 777–788, 1980.

KIELHOFNER, G.; FORSYTH, K. Measurement properties of a client self-report for treatment planning and documenting therapy outcomes. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 8, n. 3, p. 131–139, 2001.

KRUTLI, R. DOS S. et al. Applicability and evaluation of the GestureChair virtual game: comparison between people with and without spinal cord injury. **SBC Journal on Interactive Systems**, v. 9, n. 1, p. 64–71, 2018.

LAPLANTE, M. P. et al. Unmet Need for Personal Assistance Services: Estimating the Shortfall in Hours of Help and Adverse Consequences. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 59, n. 2, p. S98–S108, 2004.

LAW, M. Avaliando papéis e competências. In: CATHERINE A TROMBLY; MARY

VINING RADOMSKI (Eds.). . **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Santos, 2005. p. 31–46.

MADDEN, R. H.; BUNDY, A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. **Disability and Rehabilitation**, v. 41, n. 12, p. 1450–1462, 2019.

MAGALHÃES, L.; NASCIMENTO, V.; REZENDE, M. Avaliação da coordenação e destreza motora - ACOORDEM: etapas de criação e perspectivas de validação . **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 1, 2004.

MATSUSHIMA, A. M. .; CRUZ, D. M. C. .; RODRIGUES, D.S; FIGUEIREDO, M. O.; JOAQUIM, R. H. V. . A inserção da pessoa com deficiência física no mercado de trabalho. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 4, p. 65–89, 2017.

MESSICK, S. Meaning and Values in Test Validation: The Science and Ethics of Assessment. **Educational Researcher**, v. 18, n. 2, p. 5, 1989.

MISKO, A. N.; NELSON, D. L.; DUGGAN, J. M. Three case studies of community occupational therapy for individuals with human immunodeficiency virus. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 29, n. 1, p. 11–26, 2015.

MOKKINK, L. B. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737–745, 2010.

MÜLLERSDORF, M. Participants in Occupational Therapy Interventions: Needs Assessments—A Necessary Phase in Rehabilitation. In: SÖDERBACK, I. (Ed.). . **International Handbook of Occupational Therapy Interventions**. Cham: Springer International Publishing, 2015. p. 95–107.

MUNIZ, J. La validación de los tests. **Metodología de las Ciencias del Comportamiento**, v. 5, p. 121–141, 2004.

MUNOZ, J. P.; MORETON, E. M.; SITTERLY, A. M. The Scope of Practice of Occupational Therapy in U.S. Criminal Justice Settings. **Occupational therapy international**, v. 23, n. 3, p. 241–254, 2016.

MURAD, M. S. et al. Occupational competence and its relationship to emotional health in injured workers in return to work programs: A Malaysian study. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 20, n. 2, p. 101–110, 2013.

MURAD, M. S.; FARNWORTH, L.; O'BRIEN, L. Reliability and validation properties of the Malaysian language version of the Occupational Self Assessment version 2.2 for injured workers with musculoskeletal disorders. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 74, n. 5, p. 226–232, 2011.

NAKAMURA-THOMAS, H.; KYOUGOKU, M. Application of occupational self assessment in community settings for older people. **Physical and Occupational Therapy in Geriatrics**, v. 31, n. 2, p. 103–114, 2013.

NICHOLAS, P. K. et al. Prevalence, self-care behaviors, and self-care activities for peripheral neuropathy symptoms of HIV/AIDS. **Nursing & health sciences**, v. 12, n. 1,

p. 119–126, 2010.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1994.

NYGREN, U. et al. Exploring perceptions of occupational competence among participants in Individual Placement and Support (IPS). **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 20, n. 6, p. 429–437, 2013.

O'BRIEN, J. C. **Introduction to Occupational Therapy**. 4. ed. St. Louis: Elsevier, 2012.

OLIVEIRA, A. S. **Adequação e estudo de validade e fidedignidade da Escala Interativa de Observação de Pacientes Psiquiátricos Internados às Situações de Terapia Ocupacional**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 1995.

PASQUALI, L. **Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petropolis: Editora Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 992–999, dez. 2009.

PAULISSO, D.C. **Adaptação Transcultural do Instrumento *Functional Mobility Assessment (FMA)*, para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO). São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 2015, 119p.

PAULISSO, D. C. et al. Functional mobility assessment is reliable and correlated with satisfaction, independence and skills. **Assistive Technology**, p. 1–7, 2019.

PEKÇETIN, S. et al. Validity of the Turkish occupational self assessment for elderly individuals. **OTJR Occupation, Participation and Health**, v. 38, n. 2, p. 105–112, 2017.

PETERSEN, K.; HARTVIG, B. A process for translating and validating model of human occupation assessments in the danish context. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 22, n. 2–3, p. 139–149, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2001

PRIME, R.; MUNIZ, M.; SILVA, C. H. S. DA. Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: **Avanços e polêmicas em avaliação psicológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009. p. 243–265.

RENEÉ R. TAYLOR; GARY KIELHOFNER. Introduction to the Model of Human Occupation. In: TAYLOR, R. R. (Ed.). . **Kielhofner's model of human occupation: theory and application**. 5. ed. [s.l.] Wolters Kluwer, 2017. p. 3–10.

RIBERTO, M. et al. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, 2004.

ROBERTS, P.; PRIEST, H.; TRAYNOR, M. Reliability and validity in research.

Nursing Standard, v. 20, n. 44, p. 41–45, 2006.

ROUQUETTE, A. et al. Moderators, mediators, and bidirectional relationships in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework: An empirical investigation using a longitudinal design and Structural Equation Modeling (SEM). **Social Science & Medicine**, v. 135, p. 133–142, 2015.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3007–3015, 2016.

SCHERER, M. J. et al. Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors. **Disability and Rehabilitation**, v. 27, n. 21, p. 1321–1331, 2005.

SCOTT, F. et al. Reliability of the Australian Therapy Outcome Measures for Occupational Therapy Self-care scale. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 53, n. 4, p. 265–276, dez. 2006.

SMITH, R. O. Technology and Occupation: Past, Present, and the Next 100 Years of Theory and Practice. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 6, p. 7106150010p1, 2017.

SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017a.

SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017b.

STEPHENSON, R.; RICHARDSON, B. Building an Interprofessional Curriculum Framework for Health: A Paradigm for Health Function. **Advances in Health Sciences Education**, v. 13, n. 4, p. 547–557, 27, 2008.

STUBER, C. J.; NELSON, D. L. Convergent validity of three occupational self-assessments. **Physical and Occupational Therapy in Geriatrics**, v. 28, n. 1, p. 13–21, 2010.

STUCKI, G. et al. Practice, science and governance in interaction: European effort for the system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Physical and Rehabilitation Medicine. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 53, n. 2, p. 299–307, 2017.

SVIDÉN, G. A.; THAM, K.; BORELL, L. Elderly participants of social and rehabilitative day centres. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 18, n. 4, p. 402–409, 2004.

TAYLOR, R. R. et al. Therapeutic use of self: A nationwide survey of Practitioners' attitudes and experiences. **American Journal of Occupational Therapy**, 2009.

TAYLOR, R. R. et al. The occupational and quality of life consequences of chronic

fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in young people. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 73, n. 11, p. 524–530, 2010.

TAYLOR, R. R.; FRIEDBERG, F.; JASON, L. A. **A clinician's guide to controversial illnesses: Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, multiple chemical sensitivities. A clinician's guide to controversial illnesses: Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, multiple chemical sensitivities.** Sarasota, FL, US Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, 2001.

TAYLOR, R. R.; KIELHOFNER, G. W. An Occupational Therapy Approach to Persons with Chronic Fatigue Syndrome: Part Two, Assessment and Intervention. **Occupational Therapy In Health Care**, v. 17, n. 2, p. 63–87, 2003.

TEDESCO, S. A. et al. Tradução e validação para português brasileiro da Escala de Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 2, p. 230–237, 2010.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of clinical epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34–42, 2007.

TICKLE-DEGNEN, L. Monitoring and Documenting Evidence During Assessment and Intervention. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 54, n. 4, p. 434–436, 2000.

TOWNSEND, E. **Enabling occupation: An occupational therapy perspective.** Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists, 1997.

TURPIN, M. AND M. K. I. Model of human occupation. In: **Using Occupational Therapy Models in Practice: A Fieldguide.** 1. ed. edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier, p. 137–158, 2011

UNSWORTH, C. Measuring the outcome of occupational therapy: Tools and resources. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 47, n. 4, p. 147–158, 2000.

VENABLE, E. et al. The effects of exercise on occupational functioning in the well elderly. **Physical and Occupational Therapy in Geriatrics**, v. 17, n. 4, p. 29–42, 2000.

VERBRUGGE, L. M.; SEVAK, P. Use, Type, and Efficacy of Assistance for Disability. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 57, n. 6, p. S366–S379, 2002.

WARE, J. E. SF-36 Health Survey Update. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3130–3139, 2000.

WHO. **International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF World Health Organization.** 2001.

WILCOCK, A. A theory of the human need for occupation. **Journal of Occupational Science**, v. 1, n. 1, p. 17–24, 1 abr. 1993.

WILD, D. et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value in Health**, 2005.

WONG, S. R.; FISHER, G. Comparing and using occupation-focused models. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 29, n. 3, p. 297–315, 2015.

YAMADA, T.; TAYLOR, R. R.; KIELHOFNER, G. The Person-Specific Concepts of Human Occupation. In: 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2017. p. 11–23.

YAZDANI, F.; JIBRIL, M.; KIELHOFNER, G. A study of the relationship between variables from the model of human occupation and subjective well-being among university students in Jordan. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 22, n. 2–3, p. 125–138, 2008.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação Transcultural e propriedades psicométricas do instrumento "Occupational Self-Assessment" para a Língua Portuguesa (Brasil)

Pesquisador: DANIEL MARINHO CEZAR DA CRUZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82949118.2.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.636.017

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa voltado a adaptação transcultural e propriedades psicométricas do instrumento Occupational Self-Assessment (OSA) Version 2.2, 2006 para a língua portuguesa (Brasil). Adotarão as recomendações de dois documentos internacionais para o processo: 1) Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report e 2) Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (BEATON et al, 2000; WILD et al, 2005). Afirmam que o Estágio I, que envolve a solicitação formal, aos detentores dos direitos autorais, para o uso do instrumento com fins de pesquisa foi obtida por meio de documentação e pagamento de direitos autorais, mas não apresentam este documento a este Comitê.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é de: realizar a adaptação transcultural do instrumento Occupational Self-Assessment (OSA) Version 2.2, 2006 para a língua portuguesa (Brasil). Como objetivos secundários trazem: testar a confiabilidade da administração teste-reteste da sua aplicação intra e inter-examinadores independentes com amostra de pessoas adultas com deficiências físicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apontam como riscos, o sentir-se avaliado negativamente quanto às características pessoais ou

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.636.017

em relação às suas necessidades. Afirmam que o risco é minimizado ao garantir-se o sigilo das informações e também pelo fato de não ser este aspecto objeto do estudo.

Como benefícios apontam: oferta de informações mais completas aos profissionais da terapia ocupacional e futuramente para pessoas com e sem deficiência sobre os aspectos que podem influenciar na sua participação em ocupações, contribuindo para futuras intervenções e também para fornecer mais um indicador de qualidade aos serviços de reabilitação: a questão da participação ocupacional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Serão selecionados dez especialistas para compor o Comitê, sendo estes os 04 tradutores mais o autor do instrumento e outros cinco terapeutas ocupacionais envolvidos com docência e/ou experiência prática em serviços de reabilitação de adultos.

- O pre-teste será aplicado em campo em 24 sujeitos (n=24), sendo doze (n=12) deles pessoas que em processo de terapia com terapeuta ocupacional e doze (n=12) alunos do curso de graduação em terapia ocupacional.

- Esclarecem que os dados serão coletados com usuários da Unidade Saúde Escola- USE; unidade onde são atendidos pacientes com deficiências de origem neurológica, na UFSCar. Com este propósito, dois terapeutas ocupacionais que atuam na USE serão selecionados para participarem da pesquisa como examinadores independentes, tendo se por critério aqueles que atendam usuários adultos e com disfunção neurológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na folha de rosto o representante da instituição proponente deve ter se equivocado na data, algo típico a época. Desta forma, estamos considerando ser o ano 2018 ao invés de 2017.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende as recomendações com pesquisas com seres humanos e, entendendo que os pesquisadores estão comprometidos com as mesmas, está sendo entendido que não iniciaram o estudo e reverão o cronograma considerando a data de emissão deste parecer.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	
Bairro: JARDIM GUANABARA	CEP: 13.565-905
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (18)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.636.017

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendo aprovação do projeto de pesquisa com o entendimento que os pesquisadores irão rever o cronograma da mesma a partir da emissão do Parecer desta instância.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1046743.pdf	12/01/2018 11:39:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Occupational_Self_Assessment.docx	12/01/2018 11:38:47	Paulo Vinicius Braga Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_Esclarecido.doc	12/01/2018 11:31:43	Paulo Vinicius Braga Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12/01/2018 11:30:24	Paulo Vinicius Braga Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 04 de Maio de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (18)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

Anexo 2



Department of Occupational Therapy (MC 811)
University of Illinois at Chicago
1919 West Taylor St
Chicago, IL 60612
312-413-7469
fax- 312-413-0256

Copyright Translation Agreement

By signing this copyright release and translation agreement document, I/we agree to:

- Provide a plan for assessment dissemination.
- Pay the fee as listed below.
- Have the responsibility to update the translation to reflect the most recent version and development of the assessment.
- Have contact information for obtaining this translation listed on the MOHO Clearinghouse website.
- Retain all previous authors of this assessment on my translation.
- Refer to all other stipulations as discussed by the "Policy Governing Translation Agreements" document.

I/we also understand that this agreement does not legally assign copyright of the translation to me/us or my organization. Rather, I understand that, if we want copyright, we must seek it under our own national laws.

Agreement to Translation Contract

I/we, Paulo Vinicius Braga Mendes (name[s]), on behalf of myself, ourselves, the following organization:

_____ agree to the listed conditions

concerning translation of: Occupational Self Assessment (Assessment/ manual)

to: Portuguese (language)

for the amount: \$1000,00 (in US dollars)

Contact Information:

Address: _____

Phone number: _____

Email: _____

Signature

07/20/2017

Date

Apêndice

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO “OCCUPATIONAL SELF-ASSESSMENT” PARA A LÍNGUA PORTUGUESA (BRASIL). A seleção de pessoas aptas a contribuir nesse estudo foi feita através de uma amostra de pessoas com e sem deficiência e você foi uma das pessoas escolhidas e por ter idade entre 18 e 80 anos. Você tem plena liberdade em não aceitar participar e também poderá retirar o seu Termo de Consentimento Livre Esclarecido mesmo após ter aceito e participado da pesquisa.

O objetivo deste estudo é realizar a adaptação transcultural do instrumento *Occupational Self Assessment (OSA)*, Versão 2.2 para a língua portuguesa (Brasil); testar a confiabilidade da administração da sua aplicação intra e inter-examinadores independentes e teste-reteste com amostra de pessoas com deficiência e comparar a participação ocupacional fornecida pelo OSA em pessoas com e sem deficiências. Sua contribuição, caso aceite participar, consistirá em responder aos itens do instrumento em um formulário impresso se achar necessário sugerir mudanças para o melhor entendimento das questões. As questões envolvem aspectos do dia a dia e quais podem facilitar, dificultar ou impedir a sua participação nas ocupações que você necessita fazer.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário que consumirá um tempo de no máximo uma hora (1h). A presente pesquisa pode expor você a riscos, na medida em que você pode sentir-se avaliado negativamente quanto às suas características pessoais ou em relação às suas necessidades. Porém, este risco será minimizado com total sigilo de suas informações e também porque este não será o objeto do estudo proposto.

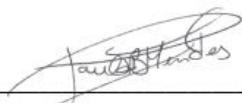
Como benefício você terá uma avaliação profissional em relação às suas ocupações e conhecerá melhor sobre si mesmo a partir das respostas sobre como você percebe as suas ocupações atuais e de que forma pode refletir para melhorar esse aspecto da vida diária. Ressalto que você não receberá nenhuma remuneração para responder à pesquisa, sendo a sua participação livre. Da mesma forma, a sua participação na pesquisa não envolverá nenhum tipo de despesas por sua parte.

O trabalho deverá fornecer informações mais completas aos profissionais da terapia ocupacional e futuramente para pessoas com e sem deficiência sobre os aspectos que podem influenciar na sua participação em ocupações, contribuindo para futuras intervenções e também para fornecer mais um indicador de qualidade aos serviços de reabilitação: a questão da participação ocupacional. Logo, a sua colaboração é extremamente valiosa a fim de contribuir para mais um instrumento de medida a ser disponibilizado no Brasil.

Ao aceitar participar, você concordará também com a divulgação dos resultados provenientes da pesquisa. Sempre que julgar necessário você poderá solicitar esclarecimentos e informações adicionais a respeito da pesquisa e está assegurado o anonimato em relação à sua identificação pessoal de forma sigilosa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Fui informado que o estudo será desenvolvido por pesquisadores da **Universidade Federal de São Carlos**, sob orientação do **Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz** e concordo em participar desta pesquisa.



Ms. Paulo Vinicius Braga Mendes
Terapeuta Ocupacional
Crefito-3/17418-TO
Fone: (16) 98154-6030
Email: paulomendes3@hotmail.com



Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz
Depto de Terapia Ocupacional:UFSCar
Fone: (16) 33518405
E-mail: cruzdmc@gmail.com

Eu _____, portador do RG: _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do sujeito da pesquisa (*)

Apêndice 2

Dados individuais de opinião dos participantes acerca da Escala de Auto Avaliação Ocupacional

Nome:
Data:

As questões a baixo visam identificar a sua compreensão e satisfação no preenchimento da Escala de Auto Avaliação Ocupacional. Não há respostas certas ou erradas, mas apenas a sua percepção sobre o instrumento.

1. Referente ao tamanho da escala e quantidade de perguntas, como você avalia?

- Tem um bom tamanho
- É curto
- É longo
- É muito longo

2. Referente aos enunciados, isso é, o que cada questão estava perguntando, como você avalia?

- São de fácil compreensão
- Alguns são confusos
- Quase todos são confusos
- Todos eles são de difícil entendimento

3. Durante o preenchimento da escala, você ficou com dúvidas quanto à resposta em:

- Nenhuma questão
- Em 1 ou 2 questões
- Em 3 ou 4 questões
- Em mais de 5 questões.

4. Você acha que poderia preencher a escala sozinho(a) sem orientações do terapeuta?

- Sim, a escala completa
- Sim, quase toda a escala
- Metade da Escala
- Nenhuma das questões.

5. Você modificaria alguma questão ou termo da escala? Qual?

Apêndice 3

Recursos de Tecnologia assistiva utilizado na execução de atividades de vida diária

Nome:

Data:

Atividades	Recurso de TA
Autocuidado	
Alimentação	
Higiene pessoal: apresentação e aparência.	
Banho: lavar o corpo	
Vestir: metade superior do corpo	
Vestir: metade inferior do corpo	
Utilização do vaso sanitário	
Controle da urina: frequência de incontinência	
Controle das fezes	
Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	
Transferências: vaso sanitário	
Transferências: banheira ou chuveiro	
Marcha/Cadeira de rodas	
Escadas	
Compreensão	
Expressão	
Interação Social	

Resolução de Problemas	
Memória	

Apêndice 4

Carta Convite Comitê de Especialistas

São Carlos, 04 de abril de 2018

Caro(a) colega,

Com muita satisfação venho convidá-lo(la), por meio desta carta, para colaborar no processo de adaptação transcultural do instrumento: “*Occupational Self Assessment (OSA) v.2.2,*” para a língua portuguesa (Brasil).

A presente pesquisa faz parte do meu doutorado, orientado pelo Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz, pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

Para maiores informações, a pesquisa tem como objetivos: realizar a adaptação transcultural do instrumento *Occupational Self Assessment – OSA Versão 2.2* para a língua portuguesa (Brasil); testar a confiabilidade da administração intra e inter-examinadores independentes e teste-reteste com amostra de pessoas com deficiências e comparar a participação ocupacional fornecida pelo OSA em pessoas com e sem deficiências.

Nas páginas a seguir constam informações iniciais onde você deverá preencher os seus dados pessoais para fins de caracterização do perfil dos especialistas que comporão esse Comitê.

Logo a seguir, constam as instruções para preencher as colunas, se concorda ou não com a tradução para a língua portuguesa, em comparação com cada item do instrumento na sua versão original. Caso discorde de algum item coloque na caixa correspondente a melhor sugestão para a tradução. As análises de cada item são em relação às equivalências **semântica, idiomática, cultural e conceitual**; cujos conceitos são nesse arquivo que você está recebendo.

Solicitamos, por gentileza, que nos devolvam esse arquivo na data de **20/04/2018**, nos e-mails: paulomendes3@hotmail.com. Após essa data será realizado um encontro presencial a ser agendado no mês de junho, em São Carlos, com fins de reunir todo o Comitê de Especialistas para discutir as discrepâncias e chegar-se a um consenso das melhores respostas para cada item.

Desde já, eu e o Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz, agradecemos a sua colaboração. Esse tipo de participação é de extrema valia para o desenvolvimento de pesquisas com a qualidade necessária no processo de adaptação transcultural de instrumentos de medida. Mais que disso, que o presente instrumento possa ser útil aos terapeutas ocupacionais, à clientela por eles atendida e pela produção de futuras pesquisas de qualidade na área da reabilitação e da terapia ocupacional.

Atenciosamente,

Paulo Vinicius Braga Mendes
E-mail: paulomendes3@hotmail.com
Celular: (11) 98154-6030

Terapeuta Ocupacional
Mestre em Terapia Ocupacional
Especialização Latu Sensu em Terapia da Mão e Reabilitação Neurológica

Prof. Dr. Daniel Marinho Cezar da Cruz
E-mail: cruzdmc@gmail.com

Docente Adjunto III do Departamento de Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial
Universidade Federal de São Carlos- UFSCar

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA⁷

Nome:

Idade:

Formação profissional:

Terapeuta Ocupacional

Outra: _____

Instituição de formação acadêmica - Graduação:

Ano do término:

Especialização em:

Instituição de formação – Especialização:

Ano do término:

Mestrado em:

Instituição de formação – Mestrado:

Ano do término:

Doutorado em:

Instituição de formação – Doutorado:

Ano do término:

Pós – Doutorado em:

Instituição de formação – Pós Doutorado:

Ano do término:

Qual sua principal área de atuação profissional?

Experiência com o Modelo de Ocupação Humana:

Sim Não

Se sim,

teórica

prática

Tempo de prática em terapia ocupacional:

1 a 5 anos

5 a 10 anos

10 anos ou mais.

1. Adaptado de: PAULISSO, D.C. *Adaptação Transcultural do Instrumento Functional Mobility Assessment (FMA), para uso no Brasil*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO). São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 2015, 119p.

Em relação ao seu conhecimento no idioma inglês:

Lê: () Pouco () Razoavelmente () Bem

Fala: () Pouco () Razoavelmente () Bem

Escreve: () Pouco () Razoavelmente () Bem

Compreende: () Pouco () Razoavelmente () Bem

TABELA DE COMPARAÇÃO: INSTRUMENTO ORIGINAL (IDIOMA INGLÊS) E INSTRUMENTO TRADUZIDO (IDIOMA PORTUGUÊS - BRASIL)⁸

LEGENDA DAS EQUIVALÊNCIAS QUE SERÃO ANALISADAS POR VOCÊ NA TABELA A SEGUIR.

Equivalência Semântica: É a equivalência no significado das palavras, quanto ao vocabulário e à gramática. Por exemplo, os problemas de vocabulário podem ser encontrados na pergunta "você é capaz de dobrar?" que pode se referir a várias partes do corpo, como os braços, costas ou joelhos, e pode ter sido planejada e traduzida apenas para explorar a capacidade de flexão (braço), curvar-se (costas) ou agachamento (joelhos). Além disso, algumas palavras, como "feliz", têm vários significados sutilmente diferentes, dependendo do contexto (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Equivalência Idiomática: Refere-se à equivalência de expressões idiomáticas e coloquialismos, que devem estar de acordo com a cultura para qual o instrumento será traduzido. Um exemplo é a expressão em inglês: "Today I am blue" que em uma tradução literal seria: "Hoje eu estou azul", mas por ser uma expressão significa: "Hoje eu estou triste" (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Equivalência Cultural: As situações retratadas na versão original devem ser coerentes com o contexto cultural para qual o instrumento será traduzido (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

Equivalência Conceitual: Os conceitos propostos no instrumento original devem ser mantidos no instrumento traduzido. Refere-se à validade do conceito explorado e os acontecimentos vividos por pessoas da cultura-alvo, uma vez que os itens podem ser equivalentes em significado semântico, mas não conceitualmente equivalente (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

2. Adaptado de: PAULISSO, D.C. *Adaptação Transcultural do Instrumento Functional Mobility Assessment (FMA), para uso no Brasil*. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO). São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 2015, 119p.

ABAIXO HÁ UMA MAIOR EXPLICAÇÃO SOBRE O CABEÇALHO E OS COMPONENTES DA TABELA:

Versão em inglês do instrumento original.

Versão traduzida para uso no Brasil.

Ao passar o cursor sobre os [links azuis abaixo](#) você terá um resumo sobre o significado da respectiva equivalência e, caso clique, você será direcionado para o topo, onde há uma maior explicação.

Caso você discorde, deverá preencher a seção comentário ao lado direito da respectiva equivalência.

ORIGINAL	TRADUÇÃO	Equivalência Semântica	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	Equivalência Idiomática	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	Equivalência Cultural	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	Equivalência Conceitual	Comentários/Sugestões em caso de discordância:
-----------------	-----------------	--	---	---	---	---------------------------------------	---	---	---

Tabela de Comparação: Instrumento original (idioma inglês) e instrumento traduzido (idioma português - Brasil)

ORIGINAL	TRADUÇÃO	<u>Equivalência Semântica</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	<u>Equivalência Idiomática</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	<u>Equivalência Cultural</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	<u>Equivalência Conceitual</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:
Occupational Self Assessment - Myself	Auto Avaliação Ocupacional - Eu mesmo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Name	Nome	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Date	Data	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Step 1: Below are statements about things you do in everyday life. For each statement, circle how well you do it. If an item does not apply to you, cross it out and move on to the next item.	Passo 1: Abaixo são afirmações sobre coisas que você realiza em sua rotina. Para cada afirmação, circule quão bem você realiza esta atividade. Se um item não	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

	se aplica para você, risque-o e vá para o próximo.								
Step 2: Next, for each statement, circle how important this is to you	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto isso é importante para você	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Step 3: Choose up to 4 things about yourself that you would like to change (You can also write comments in this space)	Passo 3: Escolha até 4 coisas que você gostaria de modificar (Você pode escrever comentários nesse espaço)	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
I have a lot of problem doing this	Tenho muito problema para fazer isto	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
I have some difficulty doing this	Tenho alguma dificuldade em fazer isto	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

I do this well	Faço isso bem	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
I do this extremely well	Faço isso extremamente bem	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
This is not so important to me	Isso não é tão importante para mim	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
This is important to me	Isso é importante para mim	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
This is more important to me	Isso é mais importante para mim	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
This is most important to me	Isso é muito mais importante para mim	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
I would like to change	Eu gostaria de modificar	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
lot of problem	Muito problema	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
some difficult	Alguma dificuldade	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
well	Bem	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
extremely well	Extremamente bem	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
not so important	Não tão importante	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
important	Importante	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							

more important	Mais importante	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
most important	Muito importante	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Concentrating on my tasks	Concentrar-me nas minhas tarefas.	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Physically doing what I need to do	Fisicamente fazer o que eu preciso fazer	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Taking care of the place where I live	Cuidar do lugar onde moro	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Taking care of myself	Cuidar de mim mesmo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Taking care of others for whom I am responsible	Cuidar de outras pessoas que sou responsável	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Getting where I need to go	Chegar ao lugar que preciso ir	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Managing my finances	Gerenciar minhas finanças	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Managing my basic needs (foods, medicine)	Cuidar das minhas necessidades básicas (alimentação, remédios)	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Expressing Myself to others	Expressar-me para os	<input type="checkbox"/> Concordo							

	outros.	<input type="radio"/> Discordo							
Getting along with others	Conviver com outras pessoas	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Identifying and solving problems	Identificar e resolver problemas	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Occupational Self Assessment Myself (continued)	Auto Avaliação Ocupacional Eu mesmo (continuação)	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Relaxing and enjoying myself	Relaxar e me divertir	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Getting done what I need to do	Finalizar tarefas que preciso fazer	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Having a satisfying routine	Ter uma rotina satisfatória	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Handling my responsibilities	Administrar minhas responsabilidades	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							
Being involved as a student, worker, volunteer, and/or family member	Estar envolvido em atividades como a de estudante, voluntário, e/ou membro de família	<input type="radio"/> Concordo <input type="radio"/> Discordo							

Doing activities I like	Fazer atividades que eu gosto	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Working towards my goals	Trabalhar nos meus objetivos	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Make decisions based on what I think is important	Tomar decisões baseadas no que eu julgo importante	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Accomplishing what I set out to do	Cumprir o que eu me propus a fazer	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Effectively using my abilities	Usar minhas habilidades com eficácia	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

ORIGINAL	TRADUÇÃO	<u>Equivalência Semântica</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	<u>Equivalência Idiomática</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	<u>Equivalência Cultural</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:	<u>Equivalência Conceitual</u>	Comentários/Sugestões em caso de discordância:
Occupational Self Assessment My Environment	Autoavaliação Ocupacional Meu ambiente	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Step 1: Below are statements about things about your environment (where you live, work, go to school, etc.) For each statement, circle how this is for you. If an item does not apply to you, cross it out and move on to next	Passo 1: Abaixo são informações de coisas referentes ao seu ambiente (onde vive, trabalho, escola, etc.). Para cada afirmação, circule como ele é para você. Se um item não se aplica para você, risque-o e vá para o próximo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

item.									
Step 2: Next, for each statement, circle how important this aspect of your environment is to you	Passo 2: Em seguida, para cada afirmação, circule o quanto esse aspecto do seu ambiente é importante	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Step 3: Choose up to 2 things about your environment that you would like to change (You can also write comments in this space)	Passo 3: Escolha até 2 coisas que você gostaria de modificar no seu ambiente (Você pode escrever comentários nesse espaço)	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
There is a lot of problem	Há muito problema	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
There is some problem	Há algum problema	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

This is good	Isso é bom	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
This is extremely good	Isso é extremamente bom	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Good	Bom	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Extremely good	Extremamente bom	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
A place to live and take care of myself	Um lugar para viver e cuidar de mim mesmo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
A place where I can be productive (work, study, volunteer)	Um lugar onde posso ser produtivo (trabalho, estudo, voluntário)	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
The basic things I need to live and take care of myself	As coisas básicas que eu preciso para viver e cuidar de mim mesmo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
The things I need to be productive	As coisas que eu preciso para ser produtivo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

People who support and encourage me	Pessoas que me ajudam e me encorajam	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
People who do things with me	Pessoas que fazem coisas comigo	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Opportunities to do things I value and like	Oportunidades para fazer coisas que eu valorizo e gosto	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							
Place where I can go and enjoy myself.	Lugar onde eu posso ir e relaxar.	<input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo							

Apêndice 5

Dados de Caracterização da Amostra

Sujeito	Orientação	Registro	Atenção e cálculo	Evocação	Linguagem	Total	Idade	Diagnostico
1	10	3	5	3	9	30	44	Paralisia Cerebral
2	10	3	4	3	9	29	49	AVC
3	10	3	5	1	9	28	62	Neurotoxiplasmose
4	10	3	5	3	9	30	63	AVC
5	10	3	5	1	6	25	35	AVC
6	9	3	2	1	8	23	45	Lesão Medular
7	9	3	1	1	9	23	41	TCE
8	10	3	5	3	9	30	30	Síndrome de Guillain-Barré
9	10	3	4	1	9	27	58	AVC
10	9	3	3	1	8	24	29	AVC
11	10	3	4	3	9	29	56	AVC
12	10	3	5	3	9	30	19	Hemiparesia sem causa esclarecida
13	9	3	5	3	7	27	36	Mieloma Múltiplos
14	9	3	5	3	7	27	66	AVC
15	10	3	5	3	9	30	70	TCE
16	9	3	4	1	7	24	67	Mielite
17	9	3	4	1	7	24	72	AVC
18	9	3	4	3	8	27	72	AVC
19	10	3	1	0	7	21	69	AVC
20	10	3	5	3	9	30	33	TCE
21	10	3	4	2	9	28	20	Hemiparesia sem causa esclarecida
22	10	3	5	3	5	26	57	Síndrome de Guillain-Barré
23	8	3	2	0	7	20	48	AVC
24	9	3	4	2	9	27	55	AVC
25	8	3	3	0	8	22	45	TCE
26	9	3	2	2	8	24	61	AVC
27	10	3	5	2	8	28	65	AVC
28	10	3	2	2	8	25	77	AVC
29	10	3	5	1	9	28	45	AVC
30	6	3	5	1	8	23	62	AVC
31	10	3	3	0	8	24	43	AVC
32	7	3	5	3	8	26	65	AVC
33	9	3	1	3	9	25	59	AVC
34	9	3	1	0	7	20	66	AVC
35	10	3	0	1	7	21	52	AVC
36	10	3	1	3	8	25	35	AVC
37	10	3	5	3	7	28	46	Lesão Medular
38	9	3	5	2	9	28	41	AVC
39	10	3	0	3	9	25	37	AVC
40	10	3	5	3	9	30	75	AVC

Apêndice 6

Dados confiabilidade

Sujeito	Coleta 1- OSA-B – EM			Coleta 2- OSA-B – EM			Coleta 1- OSA-B – MA			Coleta 2- OSA-B – MA		
	Competência Ocupacional	Valores	Modificar	Competência Ocupacional	Valores	Modificar	Competência Ocupacional	Valores	Modificar	Competência Ocupacional	Valores	Modificar
1	73	83	2,3,12	91	100	3	28	32	1	30	32	1
2	44	79	3,6,9,10	44	81	2,6,10,11	23	32	2,8	18	32	2,4
3	41	46	1, 20	41	46	1, 20	18	22	1	18	22	1
4	55	49	0	55	49	0	24	16	0	24	16	0
5	53	52	3, 13, 18, 19	53	52	3, 13, 18, 19	21	16	4,7	21	16	4,7
6	58	43	6	58	43	6	24	16	0	24	16	0
7	48	63	11	48	63	11	19	24	0	19	24	0
8	64	70	2,3,4,8	57	81	2,3,4,17	26	27	7,8	29	30	2,4
9	62	53	0	62	53	0	21	14	0	21	14	0
10	48	63	1,2,3,	48	63	1,2,3,	23	26	4	23	26	4
11	58	55	2, 10, 9	58	55	2, 10, 9	27	28	0	27	28	0
12	65	71	0	65	71	0	30	30	0	30	30	0
13	46	50	0	50	52	0	22	20	0	23	22	0
14	41	68	2, 17	45	71	8, 21	10	26	1, 8	17	24	1
15	45	46	2	45	46	2	18	20	4, 5	18	20	4, 5
16	52	50	2, 3, 4, 6	52	50	2, 3, 4, 6	27	22	3, 8	25	26	3, 8
17	57	64	2, 9	45	58	2	21	24	4, 7	17	19	7, 4
18	35	41	2, 17	35	41	2, 17	19	14	8	19	14	8
19	42	70	2, 17	43	74	2, 6, 12, 17	22	28	3, 4	16	28	8
20	60	64	2, 17, 18, 21	77	100	0	30	32	2, 8	26	32	0

21	40	68	1, 13, 18, 21	41	64	1, 2, 4, 21	17	26	2, 4	17	27	3, 4
22	44	53	2, 8, 17	44	50	0	24	20	2	24	22	0
23	41	36	4, 6, 17	41	36	4, 6, 17	13	13	1	13	13	1
24	57	61	1, 2, 6	55	91	1, 2, 3, 4	18	20	1, 3	18	20	1, 3
25	31	19	0	29	39	0	14	15	0	14	15	0
26	44	45	4, 12	44	45	4, 12	20	15	0	20	15	0
27	39	54	0	39	54	0	20	28	0	20	28	0
28	47	52	2, 4	52	55	0	26	32	0	14	20	0
29	35	79	5, 7, 9, 17	29	70	9, 10, 19, 20	15	32	6, 8	14	32	3
30	51	61	0	56	74	0	25	27	0	23	28	0
31	37	48	3, 4, 6	42	52	6, 13	14	15	4	17	20	4
32	51	37	2	50	41	2	20	14	0	21	14	0
33	34	55	3, 9	39	61	8, 9, 14	26	30	0	19	22	0
34	45	58	2, 6	47	70	2, 9	27	26	0	21	22	0
35	48	73	3, 12, 17	48	73	3, 12, 17	19	25	0	19	25	0
36	42	49	0	42	49	0	21	30	0	21	30	0
37	49	100	1, 3, 21	49	100	1, 3, 21	22	27	4, 8	22	27	4, 8
38	51	63	6, 9, 18	51	63	6, 9, 18	26	30	7, 8	26	30	7, 8
39	36	63	2, 13, 14, 17	36	63	2, 13, 14, 17	16	27	1, 5	16	27	1, 5
40	62	53	2, 6, 9	62	53	2, 6, 9	26	25	4	26	25	4

Apêndice 7

Dados individuais SF-36

SUJEITO	CAPACIDADE FUNCIONAL	LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FISICOS	DOR	ESTADO GERAL DE SAUDE	VITALIDADE	ASPECTOS SOCIAIS	LIMITAÇÕES POR ASPECTOS EMOCIONAIS	SAUDE MENTAL
1	50	100	100	97	90	100	100	92
2	60	100	61	60	60	88	100	80
3	0	25	100	72	30	100	100	60
4	35	75	100	52	25	88	100	84
5	50	100	100	57	50	100	100	48
6	50	100	100	97	90	100	100	92
7	70	0	72	95	85	62	33	76
8	25	25	61	62	60	62	100	80
9	70	100	100	57	75	88	0	40
10	25	0	61	40	70	75	0	44
11	55	0	72	77	85	100	0	88
12	75	75	61	77	70	75	100	84

13	0	0	84	52	60	100	0	48
14	20	0	61	50	70	25	0	36
15	0	100	100	92	100	100	100	100
16	5	100	75	47	55	62	100	64
17	65	100	100	77	75	75	0	48
18	5	0	72	55	60	75	0	24
19	25	0	100	42	25	62	33	44
20	20	25	84	57	75	88	100	96
21	70	50	72	67	30	25	0	44
22	0	100	61	45	60	88	100	84
23	20	0	84	37	30	50	33	52
24	5	50	50	47	45	50	100	60
25	55	25	50	65	35	75	67	48
26	10	75	100	77	100	75	0	100
27	25	0	100	42	25	62	33	44
28	20	0	40	45	50	25	0	25
29	50	25	61	20	20	25	0	12

30	80	50	61	67	60	75	67	64
31	10	0	61	47	55	38	33	56
32	40	100	84	77	90	100	100	100
33	35	0	100	62	40	38	0	60
34	10	50	50	25	30	38	0	60
35	15	0	61	67	20	38	33	28
36	50	0	50	15	15	0	67	20
37	10	50	50	92	20	100	0	72
38	95	100	61	62	40	62	67	64
39	20	25	61	72	55	75	100	64
40	45	100	100	87	80	100	100	92

Apêndice 8

Dados individuais QUEST e MIF

Sujeito	QUEST				MIF	
	Dispositivo	Recurso	Serviços	Total		Importante
1	Bota Ortopédica	2,87	3,5	3,08	Peso, Segurança, Durabilidade	123
2	Bengala De 4 Apoios	4,75	5	4,83	Segurança, Durabilidade, Facilidade No Uso	116
3	Bengala De 4 Apoios	5	0	5	Conforto, Eficácia, Facilidade No Uso	93
4	0	0	0	0	0	119
5	0	0	0	0	0	107
6	Cadeira De Rodas Manual	4,87	5	4,9	Ajustes, Conforto, Segurança	105
7	Órtese Punho E Dedos	4	5	3,36	Ajustes, Segurança, Conforto	107
8	Órtese Punho	4,75	5	4,83	Ajustes, Reparos, Serviços De Acompanhamento	118
9	0	0	0	0	0	124
10	0	0	0	0	0	101
11	0	0	0	0	0	123
12	AFO'	4	4	4	Peso, Facilidade No Uso, Eficácia	123
13	Cadeira De Rodas Manual	1	1	1	Conforto, Dimensões, Facilidade No Uso	80
14	Cadeira De Rodas Manual	4,87	5	4,9	Ajustes, Conforto, Segurança	105
15	Cadeira De Rodas Manual	4,5	4,25	4,41	Ajuste, Conforto, Serviços Profissionais	107
16	Cadeira De Rodas Manual	3,5	5	4	Segurança, Durabilidade, Conforto	77
17	0	0	0	0	0	118
18	Cadeira De Rodas Manual	2,87	2,75	2,83	Segurança, Facilidade De Uso, Conforto	93
19	Bengala	3	3	3	Peso, Segurança, Eficácia	111
20	Cadeira De Rodas Manual	4,87	5	4,91	Peso, Durabilidade, Conforto	75
21	0	0	0	0	0	114
22	Cadeira De Rodas Manual	4	5	4,11	Ajustes, Segurança, Eficácia	64
23	AFO					68
24	0	0	0	0	0	107
25	Bota Ortopédica	4,5	5	4,63	Segurança, Facilidade Do Uso, Entrega	85
26	0	0	0	0	0	119
27	Bengala De 4 Apoios	4,75	5	4,83	Segurança, Durabilidade, Facilidade No Uso	93
28	Bengala De 4 Apoios	4,62	0	6,62	Segurança, Conforto, Eficácia	97
29	0	0	0	0	0	118
30	Bengala	3,42	0	3,42	Peso, Segurança, Conforto	106
31	AFO	2,12	1,75	2	Dimensões, Conforto, Serviços De Acompanhamento	114
32	Bengala	4	4	4	Segurança, Durabilidade, Conforto	104

33	0	0	0	0	0	113
34	Cadeira De Rodas Manual					98
35	Cadeira De Rodas Manual	3,75	0	3,75	Conforto, Durabilidade E Eficácia	71
36	Bengala De 4 Apoios	3,87	0	3,87	Facilidade De Uso, Conforto, Eficácia.	96
37	CR Motorizada	5	3,5	4,5	Segurança, Facilidade No Uso, Conforto	54
38	0	0	0	0	0	108
39	Bengala De 4 Apoios	2,87	3,5	3,08	Segurança, Conforto, Serviços De Acompanhamento	94
40	Bengala	4,12	5	4,22	Segurança, Eficácia, Reparos/Assistência Técnica	108