

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FUNDAMENTOS
CURRICULARES DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA**

IVANILDA COSTA DA ROSA

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA
OCUPACIONAL DE 10 SEMANAS SOBRE O DESEMPENHO
OCUPACIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUÍDAS NO
ENSINO REGULAR**

FLORIANÓPOLIS

2011

IVANILDA COSTA DA ROSA

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA
OCUPACIONAL DE 10 SEMANAS SOBRE O DESEMPENHO
OCUPACIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INCLUÍDAS NO
ENSINO REGULAR**

Monografia apresentada ao curso de Pós-graduação *Latu Sensu* em Fundamentos Curriculares da Educação Inclusiva como requisito para conclusão do curso.

Orientador: Prof. Dr. Rudney da Silva

FLORIANÓPOLIS

2011

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por sempre iluminar o meu caminho.

Às Pessoas com Deficiência incluídas no ensino regular do município de Santo Amaro da Imperatriz, que aceitaram participar da pesquisa.

À Universidade do Estado de Santa Catarina, pela sua excelência no ensino de pós-graduação.

Aos professores do programa de pós-graduação em Fundamentos Curriculares da Educação Inclusiva do Centro de Educação a Distância da UDESC.

À Secretaria de Educação de Santo Amaro da Imperatriz pela permissão para a realização da pesquisa.

À APAE de Santo Amaro da Imperatriz sempre disponível em tudo que precisei, autorizando a intervenção e fornecendo o espaço físico e materiais para a realização da pesquisa.

Aos meus pais, Odélio e Orlanda, apoiadores por toda a minha vida, pelo amor e incentivo quando mais precisei, apesar da distância.

Ao meu marido, Paulo, parceiro e incentivador em tudo o que faço, principalmente no estudo.

À minha cunhada, Joziane, pela disponibilidade para ajudar no que for preciso.

Ao Prof^o. Dr. Rudney da Silva, meu orientador, por transmitir seus conhecimentos e experiências profissionais e de vida, que, com paciência, responsabilidade e ética, me conduziu neste estudo, contribuindo para a minha formação como pesquisadora.

*“Se um dia eu pudesse voar
Correria o céu a terra, o mar
Há!...se um dia eu pudesse voar
Chegaria a lugares jamais sonhados chegar
Se um dia eu pudesse voar...
Várias vezes na vida descobri que podia voar
e cheguei a lugares jamais sonhados chegar”.*

(Flores e Vieira, 2005)

RESUMO

ROSA, Ivanilda Costa da. **Efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência incluídas no ensino regular.** Florianópolis: UDESC, 2011, 64p. Especialização em Fundamentos Curriculares da Educação Inclusiva.

A articulação da Terapia Ocupacional com a educação vem contribuir com a inclusão, pois a prática terapêutica propõe uma atuação no campo das possibilidades, promovendo transformações, auxiliando no trabalho de organização e cuidados do cotidiano, estimulando a construção da autonomia e da independência, favorecendo a convivência do sujeito na cultura e na sociedade. O presente estudo buscou verificar os efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência, incluídas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC. Como sustentação para a intervenção foi utilizada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM, fundamentada nas Diretrizes da Terapia Ocupacional para a Prática Baseada no Cliente e no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que a aplicação da COPM propiciou a identificação das principais atividades problemas, nas quais as pessoas apresentavam dificuldades que eram significativas para elas, permitindo aos mesmos mensurar a melhora no desempenho e na satisfação das atividades selecionadas, onde foi evidenciado um progresso satisfatório mostrando que o desempenho das atividades enumeradas pelas pessoas como difíceis de realizar melhoraram segundo a percepção das mesmas. Deste modo, concluiu-se que a atuação do terapeuta ocupacional junto a essa clientela foi significativa para o desenvolvimento de satisfatórios papéis ocupacionais, promovendo um desempenho ocupacional competente favorecendo a descoberta de novas possibilidades ocupacionais.

Palavras-chave: Educação Inclusiva. Terapia Ocupacional. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional.

ABSTRACT

ROSA, Ivanilda Costa da. **Effects of occupational therapeutic intervention program of 10 weeks on the occupational performance of the disabled person included in regular education.** Florianópolis: UDESC, 2011, 64p. Specialization in Curricular Fundamentals of Inclusive Education.

The articulation of Occupational Therapy with education contributes to inclusion, for the therapeutic practice suggests a role in the field of opportunities, promoting change, assisting in job organization and daily care by encouraging the construction of autonomy and independence, favoring the coexistence of the subject in culture and society. This study aims to evaluate the effects of an occupational therapy intervention program for 10 weeks on the occupational performance of people with disabilities included in regular municipal schools of Santo Amaro da Imperatriz, SC. As support for intervention was used Canadian Occupational Performance Measure - COPM, based on the Occupational Therapy Guidelines for practice Based on the Client and the Canadian Model of Occupational Performance. The results of this study showed that the use of COPM permitted the identification of the main activities problems in which people had difficulties and that were meaningful to them, allowing them to measure the improvement in performance and satisfaction of selected activities, which was demonstrated satisfactory progress showing that the performance of the activities listed by people as difficult to realize improved the perception of the same. Thus, it was concluded that the role of occupational therapists to this population was significant for the development of satisfactory occupational roles, promoting an efficient occupational performance favoring the discovery of new occupational opportunities.

Keyword: Inclusive Education. Occupational Therapy. Canadian Measure of Occupational Performance.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Grau de importância das atividades ocupacionais coletadas somente no início das intervenções.....41
- Tabela 2 - Valores médios calculados para os graus de desempenho e satisfação auto-avaliados antes do programa de intervenção (pré-teste).....42
- Tabela 3 - Valores médios calculados para os graus de desempenho e satisfação auto-avaliados após o programa de intervenção (pós-teste).....43
- Tabela 4 - Escores de mudança na avaliação e na reavaliação em relação ao desempenho de alunos com deficiência no início e no final das 10 semanas.....45
- Tabela 5 - Escores de mudança na avaliação e na reavaliação em relação à satisfação de alunos com deficiência no início e no final das 10 semanas.....47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Freqüência em relação à área de desempenho ocupacional de autocuidado.....	44
Gráfico 2 - Freqüência em relação à área de desempenho ocupacional de produtividade.....	44
Gráfico 3 - Freqüência em relação à área de desempenho ocupacional de lazer.....	44
Gráfico 4 - Alterações no desempenho ocupacional após 10 semanas de intervenção de Terapia Ocupacional.....	46
Gráfico 5 - Alterações no desempenho ocupacional após 10 semanas de intervenção de Terapia Ocupacional.....	47

LISTA DE SIGLAS

AVDs - Atividades de vida diária

AIVDs - Atividades instrumentais de vida diária

COPM - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance)

DO - Desempenho Ocupacional

PCD - Pessoas com Deficiência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	14
1.1.1 Objetivo geral.....	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
1.2 JUSTIFICATIVA.....	15
1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 INCLUSÃO.....	17
2.1.1 Educação inclusiva.....	17
2.1.2 Algumas definições e tipos de deficiências.....	19
2.2 TERAPIA OCUPACIONAL.....	24
2.2.1 Atuação profissional.....	24
2.2.2 Desempenho ocupacional.....	27
2.3 ESTUDOS SOBRE A MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL.....	29
3 MÉTODO.....	32
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	32
3.2 SUJEITOS.....	32
3.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	33
3.4 INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	34
3.5 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL.....	35
3.6 SITUAÇÃO E AMBIENTE.....	37
3.7 TRATAMENTO DOS DADOS.....	37
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	39
4.2 DADOS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL.....	39
5 CONCLUSÕES.....	49

REFERÊNCIAS.....	51
-------------------------	-----------

ANEXOS.....	55
--------------------	-----------

ANEXO 1 – Medida canadense de desempenho ocupacional.....	57
---	----

ANEXO 2 – Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas.....	59
---	----

ANEXO 3 - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas.....	60
---	----

ANEXO 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	61
---	----

ANEXO 5 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	63
---	----

1 INTRODUÇÃO

A proposta da educação inclusiva busca uma educação de qualidade para todos, na qual as pessoas excluídas e a sociedade buscam efetivar a equiparação de oportunidades, pois o eixo principal de modificações está na escola e esta, por sua vez, deverá se reestruturar para atender toda a diversidade humana que se apresenta (MENDES, 2002; MENDES, 2006). Em relação aos recursos humanos, torna-se imprescindível a inserção e o suporte de profissionais da área da saúde no âmbito da educação inclusiva. Neste sentido, a função do terapeuta ocupacional vem sendo utilizada mais como uma extensão do atendimento oferecido em serviços de reabilitação, visto que no Brasil a interface entre a educação e a terapia ocupacional começou por meio da atuação direta na educação especial, mais especificamente em escolas e classes especiais dirigidas a populações específicas (ROCHA, 2007).

Com o advento da proposta de educação inclusiva, o Terapeuta Ocupacional teve que redirecionar o seu contexto e sua forma de trabalho para além de uma visão meramente reabilitacional, e avançar para uma intervenção educacional e inclusiva, já que a atuação deste profissional é cada vez mais constante na educação, de forma a entender e a contribuir com a produção teórica, discutindo sobre o quanto essa prática está em consonância com os objetivos da educação inclusiva (LOURENÇO e CID, 2010). Deste modo, várias são as atividades possíveis na área da terapia ocupacional, desde a prática terapêutica que propõe uma atuação no campo das possibilidades, promovendo transformações e produzindo valores, além de poder auxiliar no trabalho de organização e cuidados do cotidiano, até a oportunidade de construção da autonomia e independência, fatos estes que geram autoconfiança e autoestima (BARTALOTTI e CARLO, 2001).

A articulação da terapia ocupacional com a educação permite compreender como as pessoas se relacionam com os outros e com os objetos de conhecimento, pois uma das formas ocorre por meio de entrevistas com os mesmos, com os familiares e a mediação destes com os professores. Estes procedimentos facilitam a compreensão do processo de ensino-aprendizagem, que aliado ao conhecimento sobre o desenvolvimento humano e seu desempenho ocupacional, possibilita ao terapeuta ocupacional colocar-se como um parceiro essencial para o desenvolvimento dos trabalhos nos vários espaços, programas e recursos educacionais (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007). Segundo a Equipe do Serviço de Diagnóstico e Terapêutica (2008), o terapeuta ocupacional trabalha com a pessoa em atividade, avaliando o seu desempenho ocupacional no que se refere à habilidade para desempenhar tarefas. Desta forma, incide nos papéis ocupacionais de modo satisfatório e

apropriado ao estado de desenvolvimento cultural e ambiental do indivíduo, de acordo com a dinâmica institucional.

Neste sentido, uma das formas de avaliação do desempenho ocupacional se dá através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM, visto ser este um dos principais instrumentos de avaliação utilizado mundialmente por terapeutas ocupacionais, cujo objetivo visa auxiliar a avaliação dos efeitos da prática dos terapeutas ocupacionais acerca do desempenho ocupacional das pessoas, fundamentada teoricamente na clínica centrada no cliente (TAVARES, 2006). Considerando a prática clínica, Parker e Sykes (2006) apontam que um dos aspectos positivos da COPM é a sua sensibilidade para medir o desfecho de uma variedade de intervenções da terapia ocupacional, além do fato deste instrumento ser útil para clientes de diferentes ambientes, bem como deficiências e/ou incapacidades, especialmente por ser uma medida independente de diagnósticos específicos.

Todas estas questões corroboraram para que a COPM tenha sido traduzida para mais de vinte idiomas, sendo utilizada em trinta e cinco países e adaptada aos mais diversos contextos, exibindo assim sua função, como pode ser observado na extensa bibliografia sobre o tema (REBEIRO, 2000; CARENTER; BAKER; TYLDESLEY, 2001; SUMSION, 2003; CARSWELL *et al.*, 2004). Oliveira e Castanharo (2008) demonstraram através de uma revisão bibliográfica a relevância da intervenção da terapia ocupacional no contexto escolar de crianças com distúrbios ou transtornos de aprendizagem e propuseram a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional como sustentação para a intervenção propriamente dita, pois o que se verificou foi que os educadores, pais/responsáveis e o próprio aluno, são os principais agentes desta proposta, devendo estar comprometidos e responsabilizados no desenvolvimento do processo de educação inclusiva, demonstrando assim que o terapeuta ocupacional pode intervir atuando como facilitador para que haja maior interação entre o aluno, seus educadores e familiares, além de realçar o bem-estar emocional do aluno que, na maioria das ocasiões, é motivo de exclusão nesse contexto.

Deste modo, Law et al (2009) apontam que a expectativa da tradução do manual e do protocolo de entrevista possa incentivar o desenvolvimento de pesquisas que confirmem as propriedades psicométricas e a utilidade clínica do instrumento na cultura brasileira e que a COPM seja incorporada como mais um recurso na avaliação dos clientes e que venha a ser usada em pesquisas, mostrando a eficácia dos procedimentos de intervenção utilizados por terapeutas ocupacionais nas diversas áreas de atuação.

Partindo do cenário exposto, surgiu o problema deste estudo, e que se apresenta a partir da seguinte questão: *Quais os efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência incluídas no ensino regular?*

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.1.1 Objetivo geral

Verificar os efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência incluídas no ensino regular

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar o número de pessoas com deficiência matriculada na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC.

Classificar as pessoas com deficiência matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC quanto ao tipo de deficiência, gênero e faixa etária.

Identificar as áreas de desempenho ocupacional (atividades de autocuidado, produtividade e lazer) de pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC.

Propor um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC.

Avaliar as áreas de desempenho ocupacional (atividades de autocuidado, produtividade e lazer) de pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC.

Comparar os efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC.

1.2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Carswell et al. (2004), a COPM já foi traduzida para 20 idiomas, sendo utilizada em 35 países. As autoras apontam que existem evidências de que a COPM possui boa confiabilidade, validade e utilidade clínica para quantificar ganhos obtidos no desempenho ocupacional como resultado da intervenção terapêutica. Considerando a atual tendência para a prática centrada no cliente, a COPM aparece como recurso simples, de fácil utilização, que permite não só focalizar as metas do cliente, mas também ajuda a apresentar a terapia ocupacional, pois no processo de entrevista fica explícita a função da terapia. Entretanto, se por um lado a COPM é mundialmente utilizada no âmbito da saúde (DEDDING et al, 2003, McCOLL et al, 2005; NASCIMENTO et al, 2006; SUMSION, 2003, LAW et al, 2009), por outro, na área da educação, ela ainda é pouco explorada, principalmente na educação inclusiva, fato este que denota a necessidade de se realizar mais pesquisas (CRUZ e EMMEL, 2007; RESENDE, FERREIRA e ROSA, 2010; MENDES, 2006).

A COPM foi criada para medir mudanças na auto-percepção de desempenho ocupacional em clientes com vários tipos de incapacidade e em todos os estágios de desenvolvimento. Para clientes que têm dificuldade de comunicação ou que tenham limitações para expressar suas perspectivas, o uso da COPM oferece desafios que poderão ser superados com a ajuda de intérpretes ou de familiares que compreendam de perto a situação do cliente. Por outro lado, o uso da COPM implica certa atitude ou disposição do terapeuta para escutar e colaborar com o cliente (LAW *et al.*, 2009). Deste modo, identificar e priorizar questões do dia-a-dia que restringem ou de alguma forma causam impacto no desempenho ocupacional de pessoas com deficiência é de relevância científica, não somente por haver poucos estudos brasileiros no âmbito da escola regular, mas por poder verificar como estas pessoas se encontram em termos de autocuidado, produtividade e lazer. (LAW *et al.*, 2009).

1.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

- a) Desempenho Ocupacional: refere-se às habilidades dos clientes para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas que têm como objetivo a autonomia, a produtividade e o lazer (MARQUES *et al.*, 2009).

- b) Terapia Ocupacional: é o tratamento das condições físicas, mentais e sociais através de atividades específicas para ajudar as pessoas a alcançarem seu nível máximo de funcionalidade e independência (BARTALOTI e CARLO, 2001).
- c) Pessoa com Deficiência: é toda a pessoa que tem impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (ONU, 2006).
- d) Inclusão: é a capacidade de entender e reconhecer o outro e, assim, ter o privilégio de conviver e compartilhar com pessoas diferentes de nós (MANTOAN, 2002).
- e) Educação Inclusiva: implica, antes de mais nada, em rejeitar, por princípio, a exclusão (presencial ou acadêmica) de qualquer aluno da comunidade escolar, desenvolvendo políticas, culturas e práticas que valorizam a contribuição ativa de cada aluno para a formação de um conhecimento construído e partilhado (RODRIGUES, 2006).
- f) Desempenho: é a ação ou efeito de desempenhar (MARQUES *et al.*, 2009).
- g) Satisfação: é o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa (KOTHLER, 1998).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INCLUSÃO

2.1.1 Educação inclusiva

Oriunda de um movimento mundial bastante amplo denominado Inclusão Social, a Educação Inclusiva ganha destaque no país a partir do final da década de 1980, quando na Constituição Brasileira de 1988 promulga-se que a educação é um direito de todos, que se alinha à pressão do movimento internacional sobre o direito de todos à educação de qualidade e, principalmente, à construção de um processo no qual as pessoas excluídas e a sociedade buscam efetivar a equiparação de oportunidades para todos (MENDES, 2002). Neste sentido, Mantoan (1998) afirma que para incluir todas as pessoas a sociedade deve ser modificada, a partir do entendimento de que é ela que precisa ser capaz de atender às necessidades de seus membros, na qual a meta da inclusão é não deixar ninguém fora do sistema escolar, que deverá adaptar-se às particularidades de todas as pessoas.

Segundo Santos (2000), no Brasil uma série de leis federais, estaduais e municipais foi promulgada para efetuar o compromisso assumido na Declaração de Salamanca, onde propõe que as escolas devem acolher todas as crianças independentemente de suas condições físicas, sociais, emocionais, de linguagem ou outras. Entre essas formulações está a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, que busca promover o direito da infância e da adolescência em relação à educação, apontando para a importância do atendimento do aluno com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino. (BARTALOTTI e CARLO, 2001).

Para Chalita (2004), que considera todos desiguais, já que cada ser humano é único, o maior avanço da Constituição de 1988 foi colocar em um mesmo espaço os desiguais, uma educação plural proporciona que os desiguais convivam em um mesmo ambiente e aprendam o exercício do companheirismo, desenvolvendo a capacidade de colaboração e ajuda mútua para a superação de obstáculos. No entanto, Almeida e Campos (2002) descrevem que estas conquistas não barraram o avanço dos processos sociais de exclusão que, em sentido oposto, aprofundaram as contradições na sociabilidade desse segmento. Se por um lado a legislação garantiu a participação na produção e partilha de bens, serviços e valores sociais, por outro, tal como ocorreu com outros segmentos sociais, verificou-se a ausência de políticas que oferecessem suporte ao real exercício desses direitos.

Brunello e Costabile (2005) em estudo realizado objetivaram estudar e refletir, qualitativamente, os impactos da educação inclusiva na vida cotidiana das crianças com deficiência, a partir de entrevistas abertas com as famílias de crianças com deficiência inseridas em classes regulares das escolas públicas. Constataram através da pesquisa que a legislação facilita a entrada das crianças com deficiência nas escolas regulares da rede pública de ensino, mas, muitas vezes, não garante de fato a inclusão escolar, pois faltam condições satisfatórias ao aprendizado dessas crianças, justificado pelo número elevado de pessoas por sala de aula, a falta de apoio dos professores, a pouca formação da equipe educacional, a falta de preparo das escolas e de políticas que apoiem estes trabalhos.

Neste sentido, Corrêa (2001) afirma que as escolas não estão preparadas para trabalhar adequadamente com as dificuldades e diferenças de aprendizagem que os alunos apresentam ao longo de sua vida escolar. E complementa dizendo que “o não aprender refere-se não ao fracasso escolar (em termos de reprovação, repetência ou baixo desempenho em provas e testes), mas à ausência de progressos no processo de aprendizagem”. Assim, Rocha et al (2003) salientam que o professor preparado para a inclusão deveria ser o professor capacitado para diferentes estratégias pedagógicas, possíveis de serem aplicadas com diferentes alunos, independentemente de a criança ser deficiente ou não.

Mantoan (2005) complementa que a efetivação da inclusão exige não somente políticas públicas eficazes, mas também uma reorganização de toda a comunidade para a aceitação das diferenças, impondo uma mudança de perspectiva educacional, pois não se limita aos que apresentam deficiências, mas se estende a qualquer pessoa que manifeste dificuldades na escola, ainda que contribuindo para o crescimento e desenvolvimento de todos – professores, alunos e pessoal administrativo. Bartaloti e Carlo (2001) afirmam que é fundamental perceber que não basta proporcionar ao sujeito situações de interação, nas relações educativas se estabelece um processo de mediações planejadas para possibilitar a aprendizagem, além disso, é preciso conhecer os caminhos percorridos pelos indivíduos, levando em consideração sua cultura, seu meio social, suas experiências e assim construir uma relação de ensino e aprendizagem que seja eficiente e que veja este processo como um todo.

Para Ainscow (2009) a inclusão pressupõe um processo em três níveis, assim denominados: “estar na escola”, na medida em que os alunos com deficiência devem estar no mesmo espaço geográfico que os demais alunos, transpondo barreiras das antigas classes especiais; “participação”, que significa dar condições para que os alunos, além de se colocarem presentes no mesmo espaço, participem das atividades; “aquisição de conhecimentos”, que sintetiza a razão da existência da instituição escolar.

Neste sentido, Cruz e Emmel (2007) descreveram sobre a necessidade de pesquisas que tenham por local o ambiente escolar, a fim de conhecer os tipos de atividades manuais requeridas (brincadeiras) nesse ambiente e as situações demandadas pelas professoras e colegas de classe, no que compete o desempenho ocupacional de crianças com deficiência, bem como, as adaptações ambientais das atividades pré-escolares (tarefas), da necessidade ou não do uso de equipamentos assistivos que possam estimular o uso bilateral ou melhorar o desempenho funcional das crianças para tarefas que exijam o uso das mãos. O estudo teve como objetivo embasar futuras propostas de intervenção com crianças que apresentam algum tipo de deficiência, servindo como referência para profissionais da reabilitação, pais e educadores.

Para Costabile e Brunello (2005) a inclusão é um processo dinâmico, o qual depende de constantes avaliações, reflexões, discussões com as práticas e vivências, para que se torne realmente efetivo. Salienta que, como qualquer proposta inovadora, ela não se efetiva apenas por decreto, mas por ações que possibilitem sua viabilidade e pela disposição das pessoas em aceitar a diversidade como condição inerente à sociedade.

Lopes e Silva (2007) descrevem que experiências nacionais e internacionais têm sido descritas e revelado a escola como foco da atenção da terapia ocupacional. Assim, colaborar para a formação dos educadores no sentido do desenvolvimento das competências de cada profissional nas suas ações, mantendo o diálogo sobre os conteúdos teóricos e os princípios que caracterizam o projeto político pedagógico, é um espaço importante de atuação da Terapia Ocupacional. Há um conjunto de orientações que constitui procedimentos profissionais específicos, cujo domínio depende da reflexão e observações constantes, como planejar, avaliar, analisar e falar sobre, que quando articulados em equipe interdisciplinar trazem um resultado significativo para a educação inclusiva (BARTALOTI e CARLO, 2001).

2.1.2 Algumas definições e tipos de deficiências

Segundo a convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência, de dezembro de 2006, as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas. Complementa descrevendo que a deficiência não pode ser compreendida com a expressão da totalidade do indivíduo, mas sim da interação entre a pessoa com deficiência e o contexto histórico cultural.

Atualmente concebe-se a educação de crianças e jovens com deficiência, e a sua plena inclusão e participação na sociedade, como um direito, sendo da responsabilidade do Estado e da Sociedade em geral criar e garantir condições facilitadoras para que esse direito se cumpra na sua total integridade (MARQUES, 1998). Dessa forma, o terapeuta ocupacional realiza uma intervenção na qual tem como papel principal desenvolver, junto com seu cliente, possibilidades de partilha de significados e construção de instrumentos – motores, psíquicos e sociais – para uma vida plena e produtiva, voltada para a promoção do desenvolvimento global, com ênfase na construção de instrumentos cognitivos para a ação o mais autônoma possível. Mesmo não sendo historicamente parte da educação regular, a realidade atual tem impulsionado esse profissional a aprofundar a interatividade entre a saúde e a educação, buscando a dialética entre a clínica e a educação (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

No que se refere à Síndrome de Down, Morato (1998) define a Síndrome de Down ou Trissomia 21(T21) como uma alteração da organização genética e cromossômica do par 21, pela presença total ou parcial de um cromossoma extra nas células do organismo ou por alterações de um dos cromossomas do par 21, por permuta de partes com outro cromossoma de outro par de cromossomas. Esta alteração é resultante de um processo irregular da divisão celular cuja explicação pode ter origem acidental, circunstancial ou numa predisposição hereditária (materna ou paterna). Resulta em alterações físicas e mentais do indivíduo, podendo variar quanto à intensidade e manifestação de fenótipos característicos à síndrome, inclusive poderá não haver manifestação do mesmo, ou seja, o indivíduo pode ser portador de trissomia parcial e não manifestar suas principais características físicas. Para Diehl (2006), as características prováveis das crianças com Síndrome de Down são hipotonia, baixa estatura, pescoço curto, orelhas com aparência dobrada típica, boca aberta com a língua protusa, mãos curtas e largas, abertura de pálpebras inclinada, com a parte externa mais elevada, prega no canto dos olhos semelhante á das pessoas da raça mongólica, pele áspera e seca, dentes pequenos.

Em relação à Hidrocefalia Congênita, para Cavalcanti e Salomão (2003) a hidrocefalia, no passado identificada por um perímetro cefálico ao nascimento acima de dois desvios padrão da média, atualmente vem sendo definida como uma entidade clínica caracterizada por um distúrbio da circulação liquórica, que causa o acúmulo intraventricular do líquido cefalorraquidiano, resultando em dilatação ventricular progressiva. A hidrocefalia geralmente acontece como consequência de uma obstrução à circulação liquórica, que pode ocorrer em vários locais, no forame de Monro, no aqueduto de Sylvius, no forame de Magendie, no forame de Luschka, ou no espaço subaracnoideo. Sua etiologia pode estar

ligada a fatores de origem genética ou ambiental, ou ainda tratar-se de uma herança multifatorial. A herança autossômica recessiva tem sido proposta em vários casos de recorrência familiar. A herança recessiva ligada ao X é conhecidamente associada à estenose do aqueduto de Sylvius, e ocorre em cerca 2% das hidrocefalias congênicas. A hidrocefalia é dita congênita quando diagnosticada ao nascimento, ou logo após, ou, como vem acontecendo mais recentemente, durante o pré-natal.

Sobre a Epilepsia, Bittencourt e Rigatti (1999) descrevem como um distúrbio recorrente da bioeletrogênese cerebral. Ela é uma síndrome neurológica comum, tendo alta prevalência mundial, estimada entre 0,4 a 2% da população em geral. Países em desenvolvimento são os que aparentemente apresentam taxas mais elevadas de epilepsia, isto refletindo possivelmente uma maior exposição aos fatores de risco associados com epilepsia. No Brasil, apesar da inexistência de estudos epidemiológicos adequados envolvendo diferentes regiões sócio-econômicas, supõe-se que algo em torno de 1 a 2% da população em geral esteja sendo acometida por algumas das formas de epilepsia. Para Marques et al (2009), a epilepsia é caracterizada como uma desordem crônica associada a limitações profundas na vida diária do indivíduo epilético com restrições nos âmbitos familiar, educacional, vocacional e no lazer, interferindo direta e negativamente na qualidade de vida no desempenho ocupacional.

Considerando a Síndrome de West, Pereira Filho et al (2004) descrevem a síndrome de West como um tipo de espasmo infantil caracterizado por encefalopatia epilética associado a espasmos em flexão e deficiência mental de instalação no primeiro ano de vida e de etiologia incerta. Acredita-se ser determinada por diferentes fatores etiológicos como infecção intra-uterina, esclerose tuberosa, asfixia perinatal ou afecções pós-natais. A Síndrome de West deve seu nome ao autor de mesmo nome que, em 1841, descreveu pela primeira vez essa “forma peculiar de convulsão infantil” que é o espasmo em flexão associado ao retardo mental. A descrição completa desta síndrome, no entanto, se deve a Vasquez e Turner² que, em 1951, correlacionaram os achados clínicos ao padrão de anormalidade eletroencefálica, e como tal, incluíram esta doença na classificação das epilepsias.

Complementa que a Síndrome de West se trata de entidade clínica rara, e constitui 2,4% de todas as epilepsias. Há predominância masculina de 2:1 e a incidência de história familiar de epilepsia não a difere das demais síndromes epileptiformes. Os mecanismos fisiopatológicos são ainda causa de muitas discussões. Para Vasquez e Turner, como para Gibbs e Gibbs, as alterações clínico-eletroencefalográficas seriam explicadas por uma liberação ou excitação do tronco cerebral. Jeavons e Bowder acreditam que deva ocorrer

liberação de mecanismos sub-corticais a partir de lesões corticais, ou excitação incoordenada de estruturas sub-corticais lesadas. Os autores estabeleceram consenso no fato de que tanto a natureza clínica das crises como a alteração hipsarrítmica, observada ao eletroencefalograma, têm relação muito importante com a idade e grau de maturação do sistema nervoso central.

Em relação ao Traumatismo Crânioencefálico, Cavalcante e Galvão (2007) definem o traumatismo crânioencefálico (TCE) como dano ao tecido cerebral causado por evento traumático que pode ocasionar diminuição ou alteração do nível de consciência e conseqüentes déficits cognitivo, comportamental e ou físico, sendo os déficits cognitivos e de comportamento os que mais interferem na reabilitação do portador de TCE, indicando se o cliente alcançará ou não desempenho ocupacional pleno. O TCE pode afetar todas as áreas de desempenho, uma vez que os pacientes podem apresentar comprometimento em todos os componentes do desempenho. Os principais comprometimentos observados são: déficits físicos, cognitivos e comportamentais. De acordo com Sánchez (1990), as causas mais comuns são acidentes domésticos como quedas e golpes; acidentes de trânsito ou de outra natureza. Segundo o autor, suas características são variadas, pois dependem da região lesionada, da gravidade, da combinação com outros traumatismos, da duração e profundidade da perda da consciência.

Enfatizando a Deficiência Visual, a Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina (2006) descreve a deficiência visual como aquela que apresenta redução ou perda total da capacidade de ver com o melhor olho e, após, a melhor correção óptica. Classifica-se em cegueira e baixa visão, a cegueira sendo a perda total ou o resíduo mínimo de visão que leva a pessoa a necessitar do Sistema Braille como meio de leitura e escrita. A baixa visão caracteriza-se como o comprometimento do funcionamento visual de ambos os olhos, mesmo após tratamento ou correção. A pessoa com baixa visão possui resíduos visuais em grau que lhe permite ler textos impressos ampliados ou com uso de recursos ópticos especiais.

Para Diehl (2006), o ser humano possui campo visual, em média, de 180 graus e a capacidade de enxergar a 120 metros de distância. Para uma pessoa ser considerada com comprometimento visual, ela deverá ter um comprometimento em relação à acuidade visual e seu campo restrito. Salienta que existem controvérsias quanto à terminologia adequada ao se tratar de alunos cegos ou com baixa visão. Descreve que são consideradas com baixa visão as crianças com resquícios visuais não suficientes para dispensar a utilização de técnicas de orientação, caso não sejam feitas as devidas adaptações; são consideradas cegas aquelas com incapacidade total de ver a qualquer distância, ou com capacidade de distinguir a

luminosidade, porém não as formas. Portanto, a classificação deve ser feita de acordo com o objetivo do trabalho.

Sobre a Deficiência Mental, Cavalcante e Galvão (2007) relatam que dentro das concepções atuais de deficiência em geral, e de deficiência mental em particular, é importante analisá-la não como doença, mas como condição do indivíduo, e, ainda, não a olhar como um diagnóstico fechado, mas entendê-la como processo. Isso implica romper com a classificação baseada em níveis (leve, moderado, severo e profundo), que aponta a idéia de limites fixos, que explicitariam os patamares que cada indivíduo pode alcançar. Cavalcante e Galvão (2007) complementam descrevendo que o processo de desenvolvimento da autonomia, meta básica da intervenção terapêutica ocupacional, envolve a possibilidade de internalizar significados socialmente partilhados. A pessoa com deficiência mental, assim como qualquer outra, precisa compreender que vive em um mundo no qual, as coisas são significadas pela cultura, e no qual esses significados são apreendidos a partir da relação entre as pessoas. Mas, justamente pela deficiência mental, muitas vezes esse processo de apreensão de significados e, principalmente, de utilização do apreendido em diversos contextos, não se dá com facilidade (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

Muitas das dificuldades encontradas nas pessoas com deficiência mental não estão diretamente relacionadas à sua condição orgânica, mas às condições de seu meio, à qualidade das interações a que têm acesso, ao chamado subdesenvolvimento cultural (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007). Por outro lado, entende-se a Deficiência Mental por limitações significativas nas funções intelectuais e dos comportamentos adaptativos. Estas limitações devem ser consideradas no contexto social para indivíduos da mesma idade e cultura (MONTEIRO, 2008). Os indivíduos apresentam dificuldades nas funções do cérebro, tais como, funções mentais gerais e funções mentais específicas, por outro lado, a sua capacidade pode se encontrar mais ou menos afetada para realizar aprendizagens básicas, bem como executar tarefas sociais (OMS, 2003).

Monteiro (2008) ao descrever a Deficiência Física aponta que as referências às pessoas com Deficiência Motora identificam um conjunto de características que apresentam uma anomalia, quer nas funções Neuromusculoesqueléticas, quer nas estruturas do sistema nervoso e estruturas relacionadas com o movimento. Assim, é possível classificar a Deficiência Física conforme o aparecimento, a etiologia, a localização e a origem e, portanto, abordá-la de diversos ângulos (SANCHÉZ, 1990). Pode-se ainda considerar, para a classificação, os segmentos do corpo afetados (monoplegia, diplegia, triplegia, tetraplegia, hemiplegia e dupla hemiplegia); ou grau de comprometimento do quadro (leve, moderado e severo). O

conhecimento dessas classificações é importante, pois o desconhecimento do quadro clínico leva à tendência de enquadrar a criança com paralisia cerebral como deficiente mental. Isso ocorre muitas vezes em razão da aparência que a criança apresenta (DUARTE e ARAÚJO, 2002). Para Diehl (2006), as definições auxiliam o profissional no trabalho junto às pessoas com deficiência, na escolha de atividades que elas possam fazer, de acordo com seu potencial remanescente, sua eficiência, que dependerá de sua força de vontade e autonomia.

Deste modo, pode-se apontar que ao apresentar algumas definições e tipos de deficiência é preciso levar em consideração que a deficiência é uma condição em grande parte construída socialmente, isso significa que não se trata unicamente de uma informação médica ou fisiológica, mas sim fruto dos valores prevalentes na sociedade e na cultura em que ocorre (RODRIGUES, 2006).

2.2 TERAPIA OCUPACIONAL

2.2.1 Atuação profissional

A profissão de Terapia Ocupacional possuiu diversas denominações. Todavia, a que prevaleceu na maioria dos países foi a proposta por George E. Barton, arquiteto norte-americano nas primeiras décadas do século XX, que sugeriu e organizou a entidade nacional para a profissão: a Associação Americana de Terapia Ocupacional (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007). Barton apud Cavalcante e Galvão (2007) referem que “se há uma doença ocupacional, por que não uma terapia ocupacional?”. Essa definição se referiu a uma clientela e a uma ação profissional, uma ação profissional mais precisa deve conter objetivo, objeto de trabalho, instrumento e clientela (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

Segundo Cavalcante e Galvão (2007), a Terapia Ocupacional surgiu na idade contemporânea a partir de dois marcos históricos – a Revolução Francesa, em 1789, e a Primeira Guerra Mundial, em 1914. Esses dois fatos político-econômicos demarcam historicamente o século XIX (ainda que extrapolem a cronologia de um século), época de um encadeamento de revoluções contra a ordem estabelecida ou, em outros termos, a democracia enquanto projeto político da burguesia em face da queda da aristocracia, o liberalismo econômico enquanto projeto político e o racionalismo enquanto pensamento hegemônico.

Nesse contexto, novos saberes e instituições foram criados, a psiquiatria, que medicalizou a loucura, transformando o louco em doente mental, e o manicômio ou asilo para alienados, espaço de segregação dos doentes mentais. A filosofia humanista respalda o

tratamento moral e a ergoterapia preconizados nessa nova instituição. Os antigos espaços de enclausuramento dos desvalidos convertem-se em espaços de tratamento, em que as punições corporais e o uso de grilhões foram substituídos por outras formas de punição: da suspensão das saídas ao pátio, trabalho ao ar livre, contenção ao leito até o isolamento em cela-forte (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

No Brasil, a terapia pelo trabalho foi trazida pela família real, a terapia pelo trabalho também foi nomeada ergoterapia, praxiterapia e laborterapia. Esses conceitos possuem similaridade e foram substituídos por Terapia Ocupacional, o curso e a profissão foram criados no país na segunda metade do século XX. Sendo a terapia ocupacional a arte e a ciência de dirigir a resposta do Homem a uma atividade selecionada, é então através desta que as pessoas são estimuladas para a realização de tarefas que mantêm, recuperam, reorganizam ou desenvolvem as suas capacidades, motivações e estilos de vida necessários para a sua inclusão social (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

Deste modo, a Terapia Ocupacional é vista como uma profissão complexa, fundamentada em uma ampla base de conhecimento tanto das ciências da saúde, como das ciências sociais, pois as atividades são desenvolvidas com todas as faixas etárias, auxiliando assim, uma grande variedade de problemas de saúde, sociais e ambientais. Este profissional, atua em conjunto com a equipe multidisciplinar, cujo objetivo é voltado para a análise e aplicação terapêutica de atividades, com indicações e/ou confecções de adaptações, sendo aplicada de maneira direta ou indireta, física ou mental, ativa ou passiva, preventiva, corretiva ou adaptativa, objetivando prevenir, recuperar e/ou promover a saúde e melhoria da qualidade de vida (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

Para Bartaloti e Carlo (2001) Terapeutas Ocupacionais trabalham com déficits físicos, mentais (transtornos psíquicos e cognitivos) e sociais; ou seja, com tudo que dificulte ou ameace a funcionalidade do homem (criança, adulto ou idoso), para que este não seja excluído da sociedade, ou seja, a Terapia Ocupacional é o tratamento das condições físicas, mentais e sociais, através de atividades específicas para ajudar as pessoas a alcançarem seu nível máximo de funcionalidade e independência. Os atendimentos são realizados através de terapias individuais e/ou em grupos visando desenvolver ao máximo as capacidades residuais de cada cliente a fim de restaurar a capacidade funcional do indivíduo. Para tanto, é necessário que o indivíduo seja compreendido como uma somatória dos aspectos motores, emocionais e cognitivos, identificando, assim, suas necessidades e planejamento que estimule seu potencial.

A atuação do terapeuta ocupacional abrange todas as fases da vida do indivíduo, e sua intervenção tem como propósito a promoção do bem-estar, redução ou correção de disfunções,

facilitando o processo de aquisição das habilidades e funções essenciais que tornam o indivíduo mais adaptado e inserido no meio social. Cada vez mais, a terapia ocupacional tem se utilizado de propostas de intervenção que vão além dos espaços terapêuticos tradicionais, recorrendo a dispositivos que buscam a ampliação do entorno social, a autonomia e a melhora da qualidade de vida das pessoas que, por motivos variados, encontram-se em dificuldades de inserção e participação social (CAVALCANTE e GALVÃO, 2007).

Rocha (2007) descreve que, historicamente, a inserção da terapia ocupacional no campo da educação se fez através da chamada "Educação Especial", voltada para pessoas com deficiência, em instituições educacionais especializadas, segregadas da rede regular de ensino, ou, ainda, do trabalho desenvolvido nas denominadas "classes especiais" dirigidas a populações específicas: estudantes com deficiência mental, física, visual, auditiva ou transtorno do desenvolvimento. Nessa perspectiva, a ação da terapia ocupacional aloca um conjunto de esforços reabilitacionais dirigidos ao indivíduo, a fim de proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências da pessoa com deficiência para a sua adaptação ao meio educacional e social.

Para Jurdi et al (2004), a parceria com o campo da educação tem nos permitido proporcionar ações voltadas para as questões do cotidiano escolar, no qual, observa-se a necessidade de se pensar práticas mais efetivas que contemplem as atividades do cotidiano escolar e as relações que se estabelecem no mesmo. A terapia ocupacional utiliza as atividades humanas como forma de desconstruir ações excludentes e alienantes que inviabilizem o aprendizado e o acesso à permanência de crianças e adolescentes na escola. A atividade, enquanto ação significativa e potencializadora do ato criativo, sustentada em uma relação de confiabilidade, permite a expressão cultural de cada aluno, construindo um campo compartilhado, possibilitando a interação entre os indivíduos envolvidos (JURDI et al., 2004).

No Canadá, a consolidação teórico-técnica da profissão esteve relacionada a um grande esforço coletivo, coordenado pela Associação Canadense de Terapeutas Ocupacionais, como resposta às pressões sociais e governamentais ligadas à necessidade de estabelecimento de parâmetros que pudessem aferir o impacto e a qualidade dos serviços oferecidos por terapeutas ocupacionais e justificar sua inserção no contexto da reestruturação dos sistemas locais de saúde, especialmente buscando definir as ações financiáveis pelos recursos públicos (LAW, 1998).

A discussão sobre o controle dos gastos e aumentos dos custos dos serviços de saúde, a pressão dos consumidores por melhorias dos serviços e controle dos cuidados recebidos, as mudanças nos perfis epidemiológicos, e especialmente o crescente deslocamento dos serviços

em direção à comunidade, foram fatores impulsionadores de mudança na terapia ocupacional que passou a buscar ofertar práticas que realmente satisfizessem às necessidades das pessoas (LAW, 1998).

Em 1979, teve início um processo de trabalho envolvendo grupos de profissionais, reconhecidos no cenário da terapia ocupacional canadense, que elaboraram diretrizes para nortear o conjunto das práticas desenvolvidas pela terapia ocupacional no país e propiciar um campo comum de diálogo e produção teórico-prático, uma vez que a área ainda caracteriza-se por uma grande dispersão técnica e conceitual e ancorava muitas práticas, quase que exclusivamente na cultura oral. Com resultado desse esforço, emergiu a orientação da “Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” que, inspirada nas formulações de Carl Rogers, privilegia a qualidade da interação entre terapeuta e cliente no processo terapêutico e reconhece o cliente como sujeito na construção dos projetos terapêuticos (LAW et al., 1995).

Law et al. (1995) admitem que essa orientação implica no aprofundamento da reflexão sobre questões que consideramos também fundamentais para o desenvolvimento da Terapia Ocupacional em nosso contexto, são elas: parceria entre terapeuta e cliente e a distribuição de poder envolvida nessa relação; o deslocamento de um tipo de relação terapeuta-cliente muito diretiva e marcada pelo modelo médico, para uma relação onde terapeuta se coloca como um elemento facilitador; o deslocamento de um modelo de intervenção baseado na diminuição de déficits funcionais, para um modelo mais preocupado com a habilitação segundo metas significativas para o cliente; a importância do ambiente nos resultados da intervenção e o questionamento sobre a utilização de protocolos únicos para avaliação e intervenção que perdem de vista a singularidade das necessidades de cada pessoa (LAW et al., 1995; MÂNGUIA, 1999).

2.2.2 Desempenho ocupacional

Para Marques et al (2009), o desempenho ocupacional refere-se às habilidades dos clientes para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas que têm como objetivo a automanutenção, a produtividade e o lazer; executadas de modo satisfatório e apropriadas para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. Subdivide-se em três componentes que são as áreas:

- a) Atividades de vida diária ou AVDs, Atividades instrumentais de vida diária ou AIVDs, e as Atividades de diversão ou lazer;

- b) Componentes sensoriomotores, cognitivos e os psicológicos e de habilidades psicossociais necessários para o desempenho das tarefas cotidianas;
- c) Contextos do desempenho ocupacional referentes aos aspectos temporais e ambientais.

O desempenho nas três áreas depende não apenas das capacidades dos indivíduos nos diferentes componentes, mas também do meio em que essas atividades são realizadas, no sentido em que o meio pode colocar exigências e/ou disponibilizar recursos que irão interferir com a realização das mesmas. Este conceito engloba sempre uma perspectiva holística do indivíduo, vendo-o como um sistema aberto, complexo e multidimensional (biológico, psicológico, social e espiritual) que interage com o seu ambiente (GONÇALVES, 2000), utilizando a ocupação para responder de uma forma adaptativa às solicitações do mesmo. As três áreas de desempenho dividem-se, por sua vez, em três sub-áreas:

- A área de Atividades da Vida Diária inclui: a) os cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário, entre outras); b) a mobilidade (transferências e mobilidade no interior e no exterior); c) a gestão na comunidade (transportes, compras, entre outras).

- A Área de Atividades Produtivas inclui: a) o trabalho (remunerado ou voluntariado); b) a gestão doméstica (limpezas, tratamento de roupas, preparação de refeições, entre outras); c) a escolaridade e/ou jogo (no caso de se adequar à idade do indivíduo).

- A Área de Atividades de lazer inclui: a) a recreação calma (leitura, artesanato); b) a recreação ativa (desportos, passeios, viagens); c) a socialização (visitas, telefonemas, correspondência, entre outras).

A essência da Terapia Ocupacional reside numa abordagem integrada e equilibrada das três áreas de desempenho, como preconizado pelo modelo anteriormente referido. O desempenho ocupacional é definido pelo indivíduo não apenas em termos da sua capacidade e competência para realizar certas ocupações, mas também em termos da sua satisfação com esse desempenho. Assim, o desempenho ocupacional será um fenómeno mais experimentado e vivenciado pelo indivíduo do que observável do exterior. É também influenciado pelos papéis que o indivíduo assume no seu dia-a-dia e pelo seu ambiente (GONÇALVES, 2000).

No trabalho terapêutico ocupacional salienta-se o Modelo de Desempenho Ocupacional, no qual o terapeuta ocupacional pretende reabilitar e/ou habilitar a pessoa para o desempenho de tarefas de forma satisfatória, e as mesmas devem ser apropriadas ao estado de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. Como tarefas consideram-se todas aquelas que o indivíduo necessita realizar em relação ao autocuidado, produtividade e lazer (LAW *et al.*, 2009). O instrumento utilizado denomina-se Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM, é fundamentada nas

Diretrizes da Terapia Ocupacional para a Prática Baseada no Cliente e no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional (CAOT 2003, apud POLLOK; McCOOL; CARSWELL, 2003), tem como um dos pontos fortes para a presente pesquisa o seu amplo foco no desempenho ocupacional em todas as áreas da vida, do autocuidado à produtividade, considerando o desenvolvimento ao longo da vida. Essa medida é uma avaliação individualizada na forma de entrevista semi-estruturada para mensurar a auto-percepção do cliente no desempenho ocupacional (LAW *et al.*, 2009).

A medida foi desenvolvida para ser utilizada por terapeutas ocupacionais e o enfoque está direcionado para as áreas do desempenho, ou seja, atividades da vida diária, produtividade e lazer. A avaliação abrange o papel do cliente e suas expectativas, desse modo, assegura que as questões identificadas sejam relevantes para ele (CAOT apud POLLOK; McCOLL; CARSWELL, 2003). Neste sentido, a idéia de utilizar a COMP como eixo norteador do trabalho de Terapia Ocupacional no âmbito da escola regular, aplicada a pessoas com deficiência, pode contribuir para o processo de inclusão, não somente na escola regular, mas também em casa, na comunidade e na sociedade que deve ser inclusivista.

Deste modo, pode-se afirmar que garantir uma educação de qualidade às pessoas com deficiência se tornou cada vez mais necessário na atualidade, pois o censo escolar vem demonstrando um crescente aumento nas matrículas de pessoas com deficiências nas escolas regulares. De acordo com dados do Censo Escolar MEC/INEP (2009) existem 639.718 estudantes com deficiência matriculados no Brasil. Desse total, mais da metade (359.664) estudam em escolas regulares, e um terço (195.257) em escolas especializadas. Aproximadamente 13% destas pessoas freqüentam classes especiais (80.797), porém dentro da escola comum. As estatísticas demonstram que o número de pessoas com deficiência na escola vem aumentando a cada ano, sendo necessário oferecer uma escola que esteja preparada para receber a pessoa com deficiência como ela é, através de um ambiente inclusivo, onde se possa acolher a todos, sem exceção.

Neste sentido, a terapia ocupacional vem contribuir com a inclusão, na qual, Bartalotti e Carlo (2001) descrevem que refletir sobre as relações entre a Terapia Ocupacional e os processos educacionais implica a necessidade da análise sobre aquilo que é central nos debates educacionais – o processo de ensino - aprendizagem em suas relações com o desenvolvimento infantil e que o desenvolvimento é sempre entendido como processo resultante de associações impostas pelo meio por intermédio de condicionamentos e reforços. Para Cavalcante e Galvão (2007), a educação dá conta de um universo infinito de possibilidades de atuação e é um meio propício ao trabalho inter e trans-disciplinar.

2.3 ESTUDOS SOBRE A MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional vem sendo traduzida e adaptada aos mais diversos contextos, exibindo inegável utilidade, comprovada pela extensa bibliografia disponível sobre o tema (CARSWELL *et al.*, 2004; SUMSION, 2003; REBEIRO, 2000; CARENTER; BAKER; TYLDESLEY, 2001). Embora não tenha sido publicado, o formulário da COPM foi traduzido para o português no final da década de noventa pela Professora Silvia Gonçalves, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, em Lisboa, Portugal. O Manual de Instrução foi preparado na versão brasileira e publicado em 2009 por Livia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso (MAGALHÃES *et al.*, 2009). Uma das vantagens da COPM, que determinou a sua tradução em diversos países, é o fato de que, como não existem tarefas prefixadas no instrumento, se consegue avaliar o cliente de acordo com sua própria perspectiva, considerando o seu desempenho em tarefas culturalmente relevantes.

De acordo com as autoras canadenses, a COPM já foi traduzida para 20 línguas e é usada em 35 países (CARSWELL *et al.*, 2004). Segundo revisão de literatura preparada em comemoração aos 13 anos do instrumento, este mesmo autor salienta que existem evidências de que a COPM possui boa confiabilidade, validade e utilidade clínica para quantificar ganhos obtidos no desempenho ocupacional, como resultado da intervenção terapêutica. Considerando a atual tendência para a prática centrada no cliente, a COPM aparece como recurso simples, de fácil utilização, que permite não só focalizar as metas do cliente, mas também ajuda a apresentar a terapia ocupacional, pois no processo de entrevista fica explícita a função da terapia (LAW, 2000).

Law et al (2009) descrevem que a tradução da COPM para diversos idiomas tem sido acompanhada de projetos de pesquisa que buscam identificar sua validade em diferentes contextos. A mesma foi examinada em oito estudos, onde pesquisadores fizeram observações sobre a responsividade à mudança, facilidade de administração, tempo para conclusão e habilidade para comunicar aspectos da ocupação. Em todos os casos observou-se que a COPM ofereceu benefícios significativos em uma ampla variedade de ambientes clínicos, com diferentes populações e mesmo em diferentes idiomas e cultura.

Considerando a prática clínica, Parker e Sykes (2006) apontam como aspectos positivos da COPM sua sensibilidade para medir o desfecho de uma variedade de intervenções da terapia ocupacional e o fato de o instrumento ser útil para clientes de

diferentes ambientes e deficiências/incapacidades, especialmente por ser uma medida independente de diagnósticos específicos.

Em relação à inclusão, Oliveira e Castanharo (2008) demonstraram através de uma revisão bibliográfica a importância da intervenção da terapia ocupacional no contexto escolar de crianças com distúrbios ou transtornos de aprendizagem. Mostraram como o terapeuta ocupacional pode intervir atuando como facilitador para que haja maior interação entre esse aluno, seus educadores e familiares realçando o bem-estar emocional da criança, que muitas vezes é motivo de exclusão nesse contexto. Foi proposta a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional como sustentação para a intervenção propriamente dita, pois se verificou a importância de educadores, pais/responsáveis e o aluno serem agentes desta proposta, estando comprometidos e responsabilizados para que esse processo educacional se desenvolva.

Figueiredo et al (2006), em estudo usando a COPM, tiveram como objetivo documentar a intervenção da terapia ocupacional em pacientes acidentados no trabalho com lesões traumáticas da mão, usando as variáveis força de preensão, idade, sexo, escolaridade, ocupação, tempo de tratamento e tipo de trauma. As relações documentadas neste estudo indicam variáveis relevantes associadas aos ganhos após intervenção da terapia ocupacional, pois os escores da COPM inicial dobraram após a terapia ocupacional, fornecendo evidência de que os clientes melhoraram e ficaram satisfeitos com seu desempenho funcional, assim, com o uso da COPM, pode contribuir para uma atuação mais direcionada dos profissionais.

A COPM oferece uma estrutura útil para a avaliação inicial de todas as áreas de desempenho ocupacional e ajuda a implementar a abordagem centrada no cliente. Durante o processo de avaliação, as prioridades do cliente tornam-se evidentes, e estas geralmente são diferentes das idéias iniciais do terapeuta (MEW e FOSSEY, 1996).

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo caracteriza-se por uma pesquisa quase-experimental, pois apresenta grupo único com pré e pós-teste (RUDIO, 1990). Participaram do estudo 10 pessoas com deficiência incluídas no ensino regular do município de Santo Amaro da Imperatriz/SC, selecionados aleatoriamente dentre aqueles que atendiam aos critérios do estudo. Foi aplicada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM, que se caracteriza como uma de avaliação individualizada na forma de entrevista semi-estruturada, utilizada para mensurar a auto-percepção do cliente no desempenho ocupacional. Todos os procedimentos foram devidamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos, da Universidade do Estado de Santa Catarina, sob protocolo n. 203/2009.

3.2 SUJEITOS

O cálculo do tamanho da amostra para pesquisas experimentais na área da saúde (WEINE, 2004) estabeleceu a necessidade de nove sujeitos de pesquisa (N=8,6436), adotando-se os seguintes critérios: (1) seleção aleatória dos sujeitos; (2) estimativa de valor médio de variável passível de quantificação, neste caso, a COPM; (3) pareamento dos dados; (4) intervalo de 95% de confiança; e (5) valor do desvio-padrão superestimado. O cálculo amostral pode ser descrito segundo a equação:

$$N = \frac{Z^2 \cdot S^2}{d^2}$$

Sendo:

- N = tamanho da amostra
- Z = número de desvios-padrão (1.96)
- S = valor do desvio-padrão majorado (6)
- d = diferença de tolerância aceitável (4)

A população alvo referiu-se às pessoas com Deficiência da Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC, de ambos os sexos. A seleção foi feita a partir dos seguintes critérios:

- Estar devidamente matriculado na Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC;

- Caso seja menor de idade o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser devidamente assinado pelo responsável;
- Caso apresente diagnóstico de deficiência mental, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser devidamente assinado pelo responsável;
- Permitir a coleta propriamente dita;
- Possuir permissão da Instituição para livre acesso aos dados e para a realização da coleta.

As pessoas com deficiência, matriculadas na Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC, passaram por uma triagem pelo setor de Terapia Ocupacional onde todos os participantes responderam à entrevista semi-estruturada, por meio da qual foram obtidos dados sócio-demográficos (idade, sexo e escolaridade). Informações relativas ao tipo de deficiência foram coletadas nos prontuários dos educandos e através de informações obtidas na avaliação inicial, a qual teve a presença dos pais e/ou responsáveis do educando. Deste modo, fizeram parte do estudo 10 pessoas com Deficiência devidamente matriculadas na Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC.

3.3 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido através das seguintes etapas:

- Etapa 1 – Contatos Preliminares: Foi realizado contato inicial com a Secretaria Municipal de Educação do Município de Santo Amaro da Imperatriz/SC, visando identificar o interesse de participação na pesquisa, bem como o levantamento da população estimada e a compatibilização das necessidades e exigências da pesquisa e das Instituições envolvidas;
- Etapa 2 – Submissão ao CEPESH: O projeto foi submetido à apreciação do CEPESH/UDESC, atendendo, deste modo, a resolução 196/1996/MS/CONEP e suas complementares;
- Etapa 3 – Coleta dos Dados do Pré-Teste: A coleta dos dados desta etapa foi realizada na semana 1 nas instalações da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santo Amaro da Imperatriz/SC, através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM);
- Etapa 4 – Intervenção Terapêutica Ocupacional: A intervenção foi desenvolvida durante 10 sessões individuais a cada um dos sujeitos, sendo realizadas em 10 semanas consecutivas e ininterruptas nas instalações da Associação de Pais e Amigos dos

Excepcionais de Santo Amaro da Imperatriz/SC, por profissional de Terapia Ocupacional, devidamente habilitado e credenciado junto ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;

- Etapa 5 – Coleta dos Dados do Pós-Teste: A coleta dos dados desta etapa foi realizada na semana 11 nas instalações da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santo Amaro da Imperatriz/SC, através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM);
- Etapa 6 – Análise dos dados: Após a realização das coletas de dados, foi elaborada a tabulação no banco de dados, despersonalizando a informação, que será submetida aos testes e provas estatísticas;
- Etapa 7 – Retorno dos Dados à Instituição: Após encerradas as análises as Instituições envolvidas foram informadas dos resultados, os quais foram encaminhados aos pais e/ou responsáveis.

3.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para análise do desempenho ocupacional foi utilizada a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional que visa mensurar, por meio de entrevista semiestruturada, a percepção do cliente em relação às áreas de desempenho ocupacional (LAW et al, 2009). Inicialmente, o cliente deve apontar as atividades que considera como as de mais difícil execução no seu dia-a-dia e, em seguida, pontuá-las, com uma nota que varia de um a dez, considerando seu desempenho para realizá-las (performance) e sua satisfação com o resultado final da tarefa (satisfação). O escore mínimo é 1 e o máximo é 10, sendo que quanto mais alta a pontuação, melhor a percepção do cliente quanto a sua performance e satisfação com as tarefas (LAW et al, 2009).

Com este instrumento foram identificadas as ocupações problemáticas em relação: ao autocuidado, produtividade e lazer e à auto-percepção dos graus de desempenho e de satisfação. Após a identificação destas áreas, elas foram classificadas pelo seu grau de importância (1 a 10, em que 1 nada importante e 10 extremamente importante). Seguidamente, foram selecionadas as áreas consideradas mais problemáticas para o indivíduo e classificadas pelo grau de desempenho (1 a 10, em que 1 não desempenha e 10 desempenha extremamente bem), bem como avaliação do grau satisfação, deste desempenho nas mesmas áreas (1 a 10, em que 1 nada satisfeito e 10 extremamente satisfeito). No final das sessões de Terapia

Ocupacional foram reavaliadas as áreas problemáticas pelo seu grau de desempenho e satisfação e foi verificado se ocorreram alterações no desempenho e na satisfação.

3.5 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL

O programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas, consecutivas e ininterruptas, foi realizado através de sessões individuais com a duração de 30 minutos, ocorreu uma vez por semana na sala de terapia ocupacional adequadamente equipada com materiais adaptados para auxiliar na alimentação, higiene e escrita, jogos pedagógicos adaptados, cubo de AVDs, cortador de unhas, argila, tinta, pincel, cartolina, cola, giz de cera, canetas e lápis coloridos, mesa, cadeiras, computador, espelho, revistas, materiais pedagógicos, tesoura, brinquedos, texturas variadas, velcros, tecidos, espuma, courvim, condutor de ar condicionado (acessório utilizado para facilitar a alimentação e a escrita), fita métrica, entre outros. A sala está devidamente licenciada pela vigilância sanitária e pelo corpo de bombeiros, da cidade de Santo Amaro da Imperatriz, Santa Catarina, Brasil.

O programa foi iniciado através de avaliações, que ocorreram em dias e horários agendados, nos quais as pessoas com deficiência chegavam acompanhadas de um dos pais e/ou responsáveis. Primeiramente, através de uma conversa informal foi apresentado o programa de intervenção e em seguida coletadas as assinaturas necessárias para o termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, o pai e/ou responsável se retirava da sala e em seguida aplicava-se a medida canadense de desempenho ocupacional, na forma de entrevista semi-estruturada. Esta avaliação identificou questões sobre a *performance* ocupacional das pessoas com deficiência, relacionadas ao autocuidado, produtividade e lazer.

A intervenção utilizada adotou o Modelo de Desempenho Ocupacional, que se dividiu em quatro fases: a) Primeira Fase: foram utilizados métodos adjuvantes, o terapeuta ocupacional prepara a pessoa para o desempenho ocupacional através da promoção de exercícios, técnicas terapêuticas, posicionamentos, seleção de tecnologias de apoio, entre outros; b) Segunda fase: atividades capacitantes, através da qual se realizam atividades intencionais, o terapeuta cria métodos de simulação (ex: enfiamentos, encaixes, atividades de mesa, jogos, entre outros); c) Terceira fase: atividades intencionais são incluídas atividades da vida diária, atividades educacionais, jogos, entre outras. O terapeuta ocupacional tem como objetivo avaliar, facilitar e habilitar as capacidades funcionais nos desempenhos do dia-a-dia; d) Quarta fase: desempenho ocupacional dos seus papéis, a pessoa assume todos os papéis ocupacionais nas suas rotinas diárias quer em casa, quer na comunidade. A pessoa adquire o

mais alto nível de independência nos diversos contextos, assim, a intervenção da terapia ocupacional é progressivamente diminuída.

Após a identificação das questões problemas e de ter estabelecido o modelo de intervenção, o terapeuta ocupacional direcionou as atividades necessárias para suprir as dificuldades das pessoas com deficiência, ou seja, foi possibilitado através de atividades ocupacionais que os mesmos aumentassem suas habilidades para que os problemas fossem superados ou amenizados, de acordo com a singularidade de cada pessoa. Nesse contexto, a parceria entre terapeuta, pessoa com deficiência e a família foi um recurso fundamental ao processo, por outro lado o terapeuta sempre considerou que as pessoas com deficiência são sempre quem melhor conhecem o seu próprio problema, em seguida os planos foram colocados em ação. O terapeuta ocupacional acompanhou os mesmos, orientando, encorajando e auxiliando a superar barreiras, incentivando-os a serem cada vez mais ativos no processo para resolver os problemas, o que possibilitou que desenvolvessem um papel cada vez mais ativo nas resoluções de suas necessidades e que agissem com autonomia, podendo até substituir atividades, repensando os planos e redimensionando os objetivos iniciais, a partir do desenrolar do processo.

Ainda em relação à intervenção terapêutica ocupacional propriamente dita, nas quatro sessões iniciais foi possível criar vínculo com as pessoas com deficiência, pois no início das sessões, através de uma conversa informal para rever as dificuldades, as atividades eram direcionadas sempre considerando o interesse dos mesmos, também foi possível orientar as famílias, avaliar a necessidade do uso de acessórios adaptados para otimizar as funções ocupacionais e, assim, exercitar habilidades cognitivas e motoras, através da realização de jogos pedagógicos variados, trabalhos em argila, pintura, treino de habilidades, necessárias para estimular a realização das atividades ocupacionais citadas como problemas. Posteriormente, entre a quinta e oitava sessões foram realizadas atividades mais direcionadas aos problemas ocupacionais, ou seja: dependência nas AVDs, dificuldades na comunicação, iniciativa nos cuidados pessoais, atenção, limites, organização, interesse e agressividade na escola, através do treino de alimentação, por meio de lanches realizados nas sessões, de higiene ex: escovar os dentes, cortar unhas, vestir-se, calçar sapatos, pentear cabelos, etc; e de processos pedagógicos através do uso de materiais pedagógicos variados. Finalmente, nas duas últimas semanas foi possível rever o processo conjuntamente e identificar novas questões ou redirecionar as ações para novos alvos e necessidades, onde as pessoas com deficiência e o terapeuta reavaliaram os resultados obtidos em relação aos objetivos e necessidades estabelecidas inicialmente. Os resultados poderiam ser total ou parcialmente

atingidos, ou mesmo não terem sido atingidos. O importante é que foi possível rever o processo conjuntamente e identificar novas questões ou redirecionar as ações para novos alvos e necessidades.

3.6 SITUAÇÃO E AMBIENTE

A avaliação seguida das intervenções direcionadas ao desempenho ocupacional das pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal do Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC, foram realizadas na sala de Terapia Ocupacional da APAE de Santo Amaro da Imperatriz/SC. As avaliações e reavaliações, bem como os atendimentos, foram realizadas por profissional devidamente registrado no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região – CREFITO, de forma individual, ou seja, terapeuta e pessoa com deficiência, podendo, se necessário for, ter a presença dos pais e/ou responsáveis.

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS

A confiabilidade dos resultados da COPM foi calculada através do coeficiente *Cronbach*, adotando um valor de alfa igual ou superior a 0.70 tanto para a totalidade dos itens avaliados, quanto para os itens estandardizados.

Os valores de referência de análise dos dados da COPM foram calculados através de sintaxe construída a partir dos critérios da medida canadense de desempenho ocupacional através de um sistema estruturado de pontuação, onde as mudanças nos escores de cada indivíduo, obtidas subtraindo os resultados do momento 1 da avaliação, do momento 2 da reavaliação, no qual, estabelecendo uma mudança de 2.0 ou mais pontos no programa é clinicamente significativa (LAW et al., 1998).

Sumsion (2003) descreve que na medida de resultado é particularmente importante estabelecer a estabilidade da contínua mensuração, então pode-se obter confiança de que as mudanças observadas nos escores da reavaliação são devidas a mudanças no cliente. Complementa referindo que estudos têm examinado a confiança de teste-reteste da COPM, as amostras incluíam inúmeros clientes que diferiam em idades e incapacidades, os coeficientes de correlação intraclasse variaram de 0,63 a 0,80 para o escore de performance e de 0,75 a 0,89 para o escore de satisfação, indicando alta confiabilidade.

Os valores das variáveis antropométricas, demográficas, educacionais, e de desempenho ocupacional foram primeiramente analisados por meio da estatística descritiva.

Considerando a distribuição normal das variáveis, foi utilizado o teste *Anova* para medidas repetidas para analisar a mudança das variáveis dependentes ao longo do tempo. Caso o pressuposto de esfericidade do teste não seja atendido, foi utilizada a correção de *Greenhouse-Geisser* para determinar significância estatística. Foi adotado um intervalo de confiança de 95%. Os resultados foram processados e analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Foram identificados 2.002 educandos matriculados na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC, sendo 12 pessoas com deficiência. Considerando os critérios de inclusão no estudo, 02 pessoas com deficiência não participaram da intervenção por não atenderem integralmente estes critérios.

Os dados obtidos por meio da entrevista semi-estruturada mostraram que dos 10 participantes, 09 são do sexo masculino e 01 do sexo feminino, com idades entre 06 e 21 anos. Em relação à escolaridade foi identificado um aluno na 1ª série (n=1), cinco alunos na 2ª série (n=5), dois alunos na 4ª série (n=2), um aluno no ensino fundamental da educação de jovens e adultos (n=1) e um no ensino médio da educação de jovens e adultos (n=1). A composição familiar se constituiu de: pais e 03 irmãos (n=1), pais e 01 irmã (n=5), mãe e 04 irmãos (n=1), pais (n=1), tios e 02 primos (n=1) e mãe e 03 irmãos (n=1). Quanto ao tipo de deficiência foram identificadas: Síndrome de Down (n=3), Deficiência Mental (n=6), Hidrocefalia Congênita associada à deficiência mental e epilepsia (n=1), Síndrome de West com atraso global no DNPM (n=1), Traumatismo crânio encefálico, deficiência visual e deficiência mental (n=1), em processo de avaliação (n=1). Devido à gravidade da deficiência um educando não conseguiu responder a COPM, a qual foi respondida pela mãe.

Pollock, Mccoll e Carswell (2003) descrevem que a COPM pode ser aplicada a um cliente, ou para pessoas que fazem parte do ambiente do cliente, como a família, cuidadores e professores, também não tem restrições quanto à idade ou diagnóstico do cliente. Hobson (2003) afirma que como recurso, no caso de o cliente não ser capaz de responder à COPM, o terapeuta ocupacional pode necessitar utilizar uma forma de prática substituta que toma as decisões e é consultada no lugar do cliente, mas é necessário assegurar que a pessoa substituta compreenda e aja em serviço do mesmo.

4.2 DADOS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Relativamente ao objetivo geral, neste caso de verificar os efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência incluídas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC, através das avaliações e reavaliações realizadas com a COPM, em relação às

áreas de desempenho ocupacional (atividades de autocuidado, produtividade e lazer). No total foram identificados 19 problemas ocupacionais apontados pelos sujeitos da pesquisa, sendo que as atividades mais mencionadas e que representaram maior dificuldade foram referentes à educação escolar (f=6).

Sumsiun (2003) relata que o terapeuta e o educando trabalham em parceria para atingir as metas, pois tem considerável conhecimento para contribuir neste processo, mas também deve se tornar educador e facilitador em remover obstáculos para o alcance das metas combinadas. Afirma que o desafio é apresentar as informações de modo que seja claramente compreendido pelo educando, necessitando de uma comunicação habilidosa para avaliar qual método de educação será mais bem sucedido com os mesmos. Neste sentido, Rocha, Luiz e Zulian (2003) afirmam que a meta da terapia ocupacional, no espaço escolar, é o fortalecimento da potência de ação dos educadores e dos educandos, facilitando a emergência de soluções para os impasses a partir do próprio grupo, utilizando diferentes atividades, adequadas às necessidades de cada realidade.

Os dados referentes ao grau de importância das atividades ocupacionais podem ser observados na tabela 1. Assim, pode-se observar que a extrema importância à dependência nas AVD's é referida pelo Sujeito A; à comunicação pelos Sujeitos A e E; à iniciativa nos cuidados pessoais pelos Sujeitos B, G e H; à autonomia nas tarefas domésticas pelo Sujeito B; à atenção na escola pelos Sujeitos B, D, H, I e J; ao interesse na escola pelos Sujeitos E, H e I; à alimentação rápida pelo Sujeito D; à organização nos cuidados pessoais pelo Sujeito D; ao interesse nas tarefas domésticas pelo Sujeito D; aos limites na escola pelos Sujeitos E e J; à autonomia nos cuidados pessoais pelo Sujeito G; à organização nas tarefas domésticas pelo Sujeito H; à dependência para tomar banho pelo Sujeito I; à agressividade em casa pelo Sujeito I e à organização na escola pelo Sujeito I. As atividades ocupacionais de controle esfinteriano (Sujeito C); agressividade na escola (Sujeito C); insegurança no banho (Sujeito F) e dificuldades na escola para acompanhar a turma (Sujeito F), apesar de referidas, não receberam a avaliação de extrema importância.

Tabela 1 - Grau de importância das atividades ocupacionais coletadas somente no início das intervenções.

ATIVIDADES	SUJEITOS									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Dependente nas AVDs	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Comunicação	10	1	1	1	10	1	1	1	1	1
Iniciativa nos cuidados pessoais	1	10	1	1	1	1	10	10	1	1
Autonomia nas tarefas domésticas	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1
Atenção na escola	1	10	9	10	1	1	1	10	10	10
Controle esfincteriano	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1
Agressividade na escola	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1
Interesse na escola	1	1	9	1	10	1	1	10	10	1
Alimenta-se rápido	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1
Organização nos cuidados pessoais	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1
Interesse nas tarefas domésticas	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1
Limites na escola	1	1	1	1	10	1	1	1	1	10
Insegurança no banho	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1
Dificuldades na escola para acompanhar a turma	1	1	1	1	1	9	1	1	1	1
Autonomia nos cuidados pessoais	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1
Organização nas tarefas domésticas	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1
Dependente no banho	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
Agressividade em casa	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1
Organização na escola	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10

Legenda: AVD's = Atividades de Vida Diária; 1 = sem nenhuma importância a 10 = extremamente importante

O objetivo do primeiro estágio foi identificar questões sobre a performance ocupacional atribuindo a elas um grau de importância estabelecido pelo educando, sendo que 1 a atividade não é importante e 10 a atividade é extremamente importante, a COPM é uma avaliação que mostra a perspectiva do educando sobre sua deficiência, sendo que os domínios que não foram citados demonstram pouca ou nenhuma relevância, esta etapa destaca-se a parte avaliativa do processo onde terapeuta e pessoas com deficiência discutem na perspectiva de buscar definir as questões significativas do desempenho de acordo com as necessidades identificadas. Através dos dados relatados acima observamos que as atividades citadas pelos educandos são extremamente importantes para os mesmos. Law et al (2009) descrevem que a classificação da importância é um passo essencial do processo. Ele serve para engajar imediatamente o cliente na definição das prioridades da intervenção, pois permite que o terapeuta ganhe uma boa compreensão das prioridades do cliente e irá facilitar o planejamento da intervenção.

Os valores médios calculados para os graus de desempenho auto-avaliados antes do programa de intervenção, ou seja, durante o pré-teste, demonstram que apesar de não se aproximar da capacidade total de realizar referida atividade, o valor mais elevado foi identificado com a iniciativa nos cuidados pessoais (6,33 pontos) e o valor mínimo, ou seja, a incapacidade de realizar referida tarefa, foi identificado com o controle esfincteriano (1 ponto) e com a agressividade na escola (1 ponto), conforme Tabela 2. Já os valores médios calculados para os graus de satisfação auto-avaliados antes do programa de intervenção,

demonstram que o valor mais elevado foi referido à dependência nas AVD's (8 pontos) e o valor mínimo foi referido identificado com o controle esfíncteriano (3 pontos) e com a agressividade na escola (3 pontos).

Tabela 2 - Valores médios calculados para os graus de desempenho e satisfação auto-avaliados antes do programa de intervenção (pré-teste).

PROBLEMAS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL	VALORES DO PRÉ-TESTE	
	DESEMPENHO	SATISFAÇÃO
Dependente nas AVDs	4	8
Comunicação	4,5	7
Iniciativa nos cuidados pessoais	6,33	5
Autonomia nas tarefas domésticas	8	5
Atenção na escola	4,16	4
Controle esfíncteriano	1	3
Agressividade na escola	1	3
Interesse na escola	3,25	3,25
Alimenta-se rápido	4	6
Organização nos cuidados pessoais	4	6
Interesse nas tarefas domésticas	4	6
Limites na escola	3,5	5,5
Insegurança no banho	6	5
Dificuldades na escola para acompanhar a turma	6	5
Autonomia nos cuidados pessoais	5	5
Organização nas tarefas domésticas	6	5
Dependente no banho	5	4
Agressividade em casa	5	4
Organização na escola	3	5

Legenda: AVD's - Atividades de Vida Diária; Desempenho mínimo (1=ser incapaz de realizar a atividade) até máximo (10=capaz de realizar extremamente bem a atividade); Satisfação mínima (1=nada satisfeito) até máxima (10=extremamente satisfeito).

Terapeutas Ocupacionais tem descoberto que a COPM é útil no início da relação baseada no cliente, por solicitar o seu envolvimento no estabelecimento dos objetivos e medidas de resultado para o tratamento da terapia ocupacional (HOBSON, 2003), pois os clientes são especialistas de suas próprias forças e problemas, somente eles podem compreender verdadeiramente o que é viver suas vidas (SUMSION, 2003).

Os valores médios calculados para os graus de desempenho auto-avaliados depois do programa de intervenção, ou seja, durante o pós-teste, demonstram que o valor mais elevado aproximou-se do máximo na autonomia nas tarefas domésticas (9 pontos) e o valor mínimo foi identificado com o controle esfíncteriano (1 ponto), conforme Tabela 3. Já os valores médios calculados para os graus de satisfação auto-avaliados depois do programa de intervenção, demonstram que o valor máximo foi referido à dependência nas AVD's; alimentação rápida; organização nos cuidados pessoais; e interesse nas tarefas domésticas (10 pontos), e o valor mínimo foi referido identificado com o controle esfíncteriano (3 pontos).

Tabela 3 - Valores médios calculados para os graus de desempenho e satisfação auto-avaliados após o programa de intervenção (pós-teste).

PROBLEMAS DO DESEMPENHO OCUPACIONAL	VALORES DO PÓS-TESTE	
	DESEMPENHO	SATISFAÇÃO
Dependente nas AVDs	8	10
Comunicação	6	8
Iniciativa nos cuidados pessoais	7,66	6,66
Autonomia nas tarefas domésticas	9	7
Atenção na escola	5	7,16
Controle esfinteriano	1	3
Agressividade na escola	4	6
Interesse na escola	5,75	6,75
Alimenta-se rápido	8	10
Organização nos cuidados pessoais	8	10
Interesse nas tarefas domésticas	6	10
Limites na escola	8,5	8
Insegurança no banho	6	5
Dificuldades na escola para acompanhar a turma	7	7
Autonomia nos cuidados pessoais	7	7
Organização nas tarefas domésticas	7	7
Dependente no banho	6	7
Agressividade em casa	7	8
Organização na escola	8	8

Legenda: AVD's – Atividades de Vida Diária; Desempenho mínimo (1=ser incapaz de realizar a atividade) até máximo (10=capaz de realizar extremamente bem a atividade); Satisfação mínima (1=nada satisfeito) até máxima (10=extremamente satisfeito).

Na reavaliação, após 10 sessões de Terapia Ocupacional, incluindo a primeira avaliação, as pessoas com deficiência foram novamente questionadas sobre o grau de desempenho e satisfação em cada atividade pontuada na avaliação inicial. Para averiguar a variação (em pontos) nos escores de desempenho e satisfação de cada sujeito, realizou-se o seguinte cálculo, conforme o manual da COPM (LAW et al, 2009): o desempenho inicial foi subtraído do desempenho final, gerando o escore para desempenho; e a satisfação inicial foi subtraída da satisfação final, gerando o escore para satisfação.

Deste modo, conforme Gráfico 1 exposto logo abaixo, a área mais citada como problema em relação ao autocuidado foi a falta de iniciativa nas AVD's e a insegurança no banho. Nas atividades relacionadas à produtividade, a área mais citada foi à falta de atenção na escola e a falta de interesse na escola (Gráfico 2). Já nas atividades associadas ao lazer, foram igualmente referidas à dificuldade da comunicação e a agressividade (Gráfico 3).

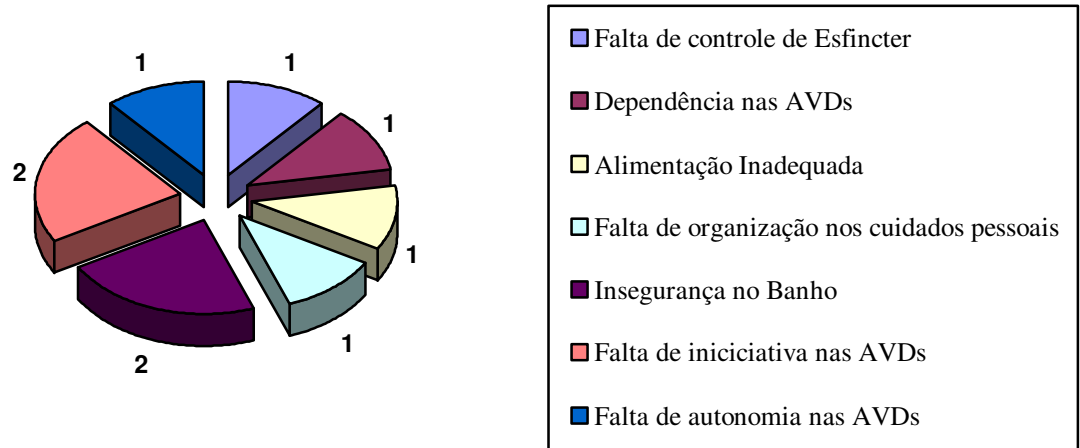


Gráfico 1 – Frequência em relação à área de desempenho ocupacional de autocuidado.

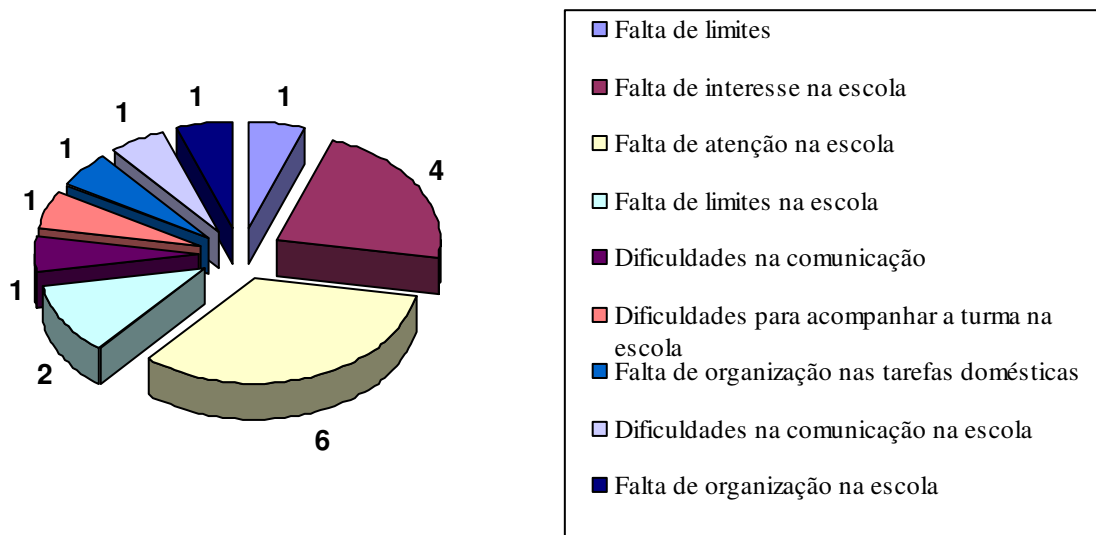


Gráfico 2 – Frequência em relação à área de desempenho ocupacional de produtividade.

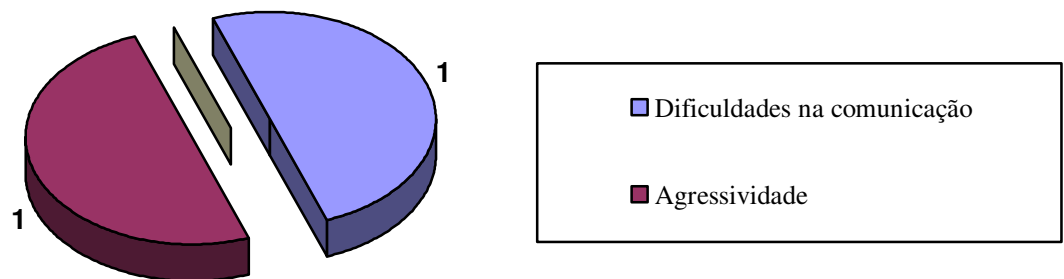


Gráfico 3 – Frequência em relação à área de desempenho ocupacional de lazer.

Os escores médios de mudança calculados para os graus de desempenho auto-avaliados de antes e de depois do programa de intervenção apresentaram mudanças

substanciais na maioria dos sujeitos, como pode ser observado na Tabela 3, exposta logo abaixo. O teste *Anova* para medidas repetidas dos resultados obtidos na semana 0 (momento pré-teste) e semana 10 (momento pós-teste) do programa de intervenção de Terapia Ocupacional, demonstrou média do pré-teste de 4,49 e do pós-teste de 6,76, com aumento significativo para a variável Grau de Desempenho com significância menor que 0,05.

Tabela 4 - Escores de mudança na avaliação e na reavaliação em relação ao desempenho de alunos com deficiência no início e no final das 10 semanas

	GRAU DE DESEMPENHO	
	VALOR DA AVALIAÇÃO	VALOR DA REAVALIAÇÃO
Educando 1	4,33	8
Educando 2	8	9
Educando 3	1	3,25
Educando 4	4	7
Educando 5	3,66	5,66
Educando 6	6	6,5
Educando 7	5	7
Educando 8	5	6,5
Educando 9	5	6,75
Educando 10	3	8

Legenda: Desempenho mínimo (1=ser incapaz de realizar a atividade) até máximo (10=capaz de realizar extremamente bem a atividade).

Após as 10 sessões do programa de intervenção de Terapia Ocupacional, foi realizada a reavaliação tendo como base a avaliação inicial, verificou-se que todas as pessoas com deficiência sofreram alterações positivas em relação ao desempenho. O percentual de educandos que apresentaram variações de 2 ou mais pontos nos escores foi de 60% (Gráfico 4). Variação de 2 ou mais pontos na COPM é considerado clinicamente significativo (CARSWELL, 2004; LAW et al., 2009). Houve uma parcela que sofreu variação nos escores entre 1 e 1,75 pontos. As variações positivas nos escores podem ser entendidas a partir de três condições: a intervenção da terapia ocupacional foi eficiente, o uso da COPM possibilitou o maior engajamento do cliente no processo terapêutico, como afirmam Law et al (2009), ou o seu estado geral de saúde melhorou.

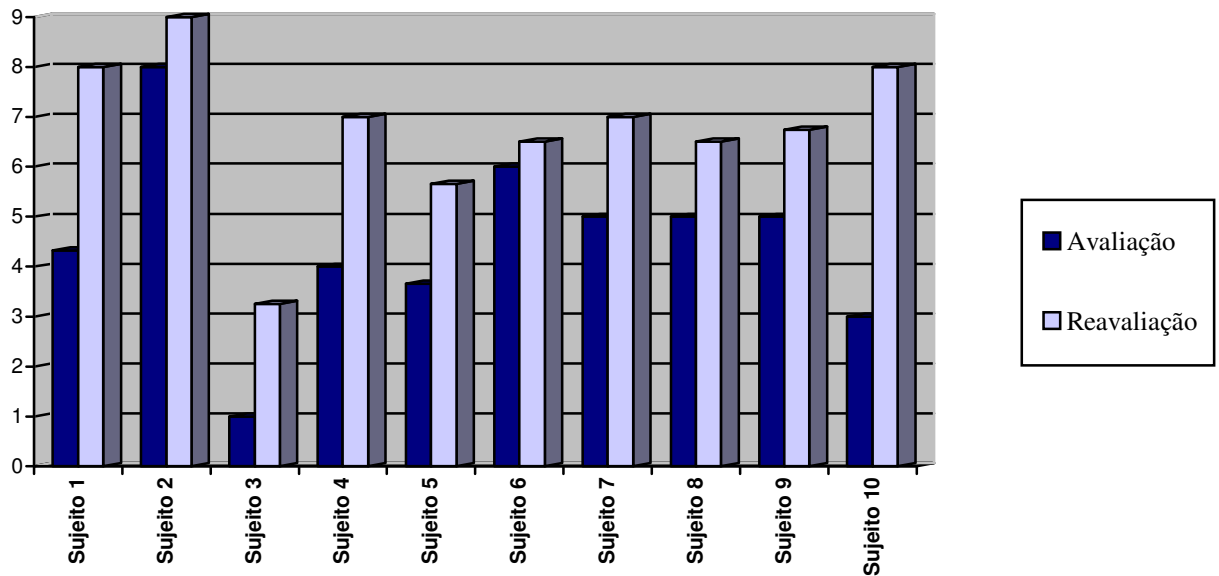


Gráfico 4 – Alterações no desempenho ocupacional após 10 semanas de intervenção de Terapia Ocupacional.

Não foi realizada comparação de desempenho entres os educandos, pois a COPM possui um sistema estruturado de pontuação e seus valores são dependentes dos problemas identificados por cada sujeito. Desta forma é difícil comparar e interpretar diferenças de escores entre indivíduos. A COPM não foi desenvolvida para avaliar desvios no desempenho ocupacional a partir de normas ou critérios de normalidade derivados empiricamente, já que esta avaliação não impõe padrão para desempenho ocupacional baseado na população em geral, assim, os escores obtidos com cada sujeito são comparados com ele mesmo (avaliação inicial e final). Isto porque, a base teórica sobre a qual a medida foi desenvolvida descreve o desempenho ocupacional como uma experiência individual subjetiva, afirmam Law et al. (2009).

Os escores médios de mudança calculados para os graus de satisfação auto-avaliados de antes e de depois do programa de intervenção apresentaram mudanças positivas na maioria dos sujeitos, como pode ser observado na Tabela 3, exposta logo abaixo. O teste *Anova* para medidas repetidas dos resultados obtidos na semana 0 (momento pré-teste) e semana 10 (momento pós-teste) do programa de intervenção de Terapia Ocupacional, demonstrou média do pré-teste de 4,96 e do pós-teste de 7,36, com aumento significativo para a variável Grau de Satisfação com significância menor que 0,05.

Tabela 5 - Escores de mudança na avaliação e na reavaliação em relação à satisfação de alunos com deficiência no início e no final das 10 semanas

	GRAU DE SATISFAÇÃO	
	VALOR DA AVALIAÇÃO	VALOR DA REAValiaÇÃO
Educando 1	8	10
Educando 2	5	7
Educando 3	3	4,75
Educando 4	6	10
Educando 5	5,66	7,66
Educando 6	5	6
Educando 7	5	7
Educando 8	3	5,5
Educando 9	4	7,75
Educando 10	5	8

Legenda: Desempenho mínimo (1=ser incapaz de realizar a atividade) até máximo (10=capaz de realizar extremamente bem a atividade).

Após mensurar o escore de satisfação verificou-se que todos os educandos sofreram alterações positivamente em relação à satisfação, ao compararmos o nível de desempenho ao nível de satisfação observou-se que houve um aumento maior na satisfação. O percentual de educandos que apresentaram variações de 2 ou mais pontos nos escores foi de 80%, conforme Gráfico 5 abaixo.

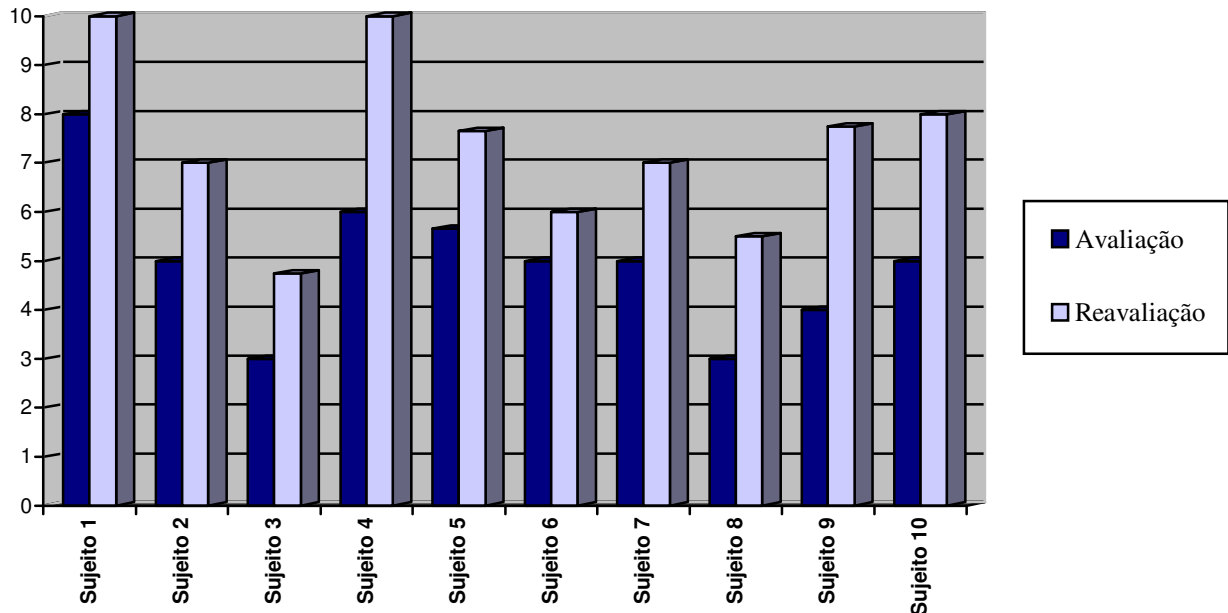


Gráfico 5 – Alterações no desempenho ocupacional após 10 semanas de intervenção de Terapia Ocupacional.

Os resultados da COPM para os domínios de desempenho e de satisfação, no momento de reavaliação, apresentaram aumento sistemático com o passar das 10 semanas, o que foi especialmente observado entre os momentos de avaliação e de reavaliação. Assim, os resultados encontrados evidenciaram que as pessoas com deficiência aumentaram os escores

da COPM inicial após a intervenção da Terapia Ocupacional, mostrando que o desempenho das atividades enumeradas como difíceis de realizar melhoraram segundo a percepção das próprias pessoas.

Neste sentido, verificou-se que as dificuldades presentes no desempenho ocupacional dos sujeitos desta pesquisa corroboram aquelas descritas pela literatura, mostrando que a COPM é um instrumento de avaliação que pode ser utilizado por terapeutas ocupacionais com esta clientela (LAW et al, 2009), pois foi possível mensurar as dificuldades no desempenho ocupacional de pessoas com deficiência, incluídas na rede municipal de ensino regular e, principalmente, as mudanças ocorridas neste desempenho após a intervenção da Terapia Ocupacional.

5 CONCLUSÕES

Concluiu-se que, a não inclusão do grupo controle foi a grande limitação do estudo. Deste modo, em relação ao objetivo geral, pode-se concluir que os efeitos de um programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência incluídas no ensino regular, apresentaram com o passar das sessões mudanças significativas relacionadas aos domínios de autocuidado, produtividade e lazer, observado entre os momentos de avaliação e de reavaliação, cujo aumento significativo foi para a variável grau de desempenho, apresentando significância menor que 0,05.

Considerando os objetivos específicos foi possível observar que o número de pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC foi extremamente baixo em relação ao número de alunos sem deficiência. Em relação ao tipo de deficiência, gênero e faixa etária, o que prevaleceu foram alunos com deficiência mental, na faixa etária entre 06 e 21 anos e do gênero masculino.

Em relação ao desempenho ocupacional, mais especificamente as atividades de autocuidado, produtividade e lazer de pessoas com deficiência, concluiu-se respectivamente que a prevalência foi a dependência nas atividades de vida diárias, falta de atenção e interesse na escola e dificuldades na comunicação e agressividade, igualmente referidas. Sobre a avaliação das atividades de autocuidado, produtividade e lazer de pessoas com deficiência, concluiu-se que todas as pessoas com deficiência sofreram alterações positivas no desempenho ocupacional e na satisfação.

Em relação ao programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência, matriculadas na rede municipal de ensino regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC, constatou-se mudanças significativas, pois ao comparar os dados obtidos na avaliação inicial com os dados da reavaliação final, pode-se verificar que os efeitos do programa de intervenção terapêutica ocupacional de 10 semanas sobre o desempenho ocupacional de pessoas com deficiência, foram significativamente relevantes, conforme demonstrados nos escores da COPM.

Concluiu-se através deste estudo que a aplicação da COPM favoreceu a participação ativa da pessoa com deficiência no processo terapêutico ocupacional, propiciando a descoberta de novas habilidades e possibilidades ocupacionais, mostrando que o desempenho das atividades enumeradas pelas pessoas com deficiência como difíceis de realizar, melhoraram segundo a percepção dos mesmos. Neste sentido, a atuação do terapeuta ocupacional junto a essa clientela favoreceu a descoberta de novas possibilidades de

realização em relação ao desempenho ocupacional. No entanto, surgiu a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas, a fim de que estes dados possam ser comparados, já que não foram encontrados outros estudos envolvendo o uso da COPM com pessoas com deficiência incluídas no sistema de ensino regular.

REFERÊNCIAS

- AINSCOW, M. **O que significa inclusão?** Entrevista disponível em: <www.crmariocovas.sp.gov.br>. Acesso em: 2010.
- ALMEIDA, M. C.; CAMPOS, G. W. S. **Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas.** Ver. Ter. Ocup. Univer. São Paulo. V. 13 n. 3, p. 118-26, 2002.
- AQUINO, J. B. **Sobre os “diferentes” na escola: do desalento à inclusão conseqüente.** In: AQUINO, J. G. **Do cotidiano escolar: ensaios sobre a ética e seus avessos.** São Paulo: Summus, 2000. p. 123 – 134.
- BARTALOTTI, C.C.; CARLO, M. M. R. P. (Orgs.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.** São Paulo: Plexus, 2001.
- BITTENCOURT, T. C. P.; RIGATTI, M. **Causas de Epilepsia tardia em uma clínica de epilepsia do Estado de Santa Catarina.** Arq. Neuropsiquiatria, Florianópolis, 1999.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Brasília, 2008a. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2008.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Brasília: Secretaria de Educação Especial. Ministério da Educação e Cultura, 2008.
- CAOT, Canadian Association of Occupational Therapists. **Occupational therapy guidelines for client centred practice.** Publications ACE, Toronto, 1991.
- CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Claudia. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática.** Rio de Janeiro, Koogan, 2007.
- CAVALCANTI, P. D.; SALOMÃO A. M. **Incidência de hidrocefalia Congênita e o papel do diagnóstico pré-natal.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, Copyright, Volume 79, Num. 2, 2003.
- CARENTER, L; BACER, G.; TYLDESLEY, B. **The use of COPM as an outcome of a Pain Management Program.** Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 16-22, 2001.
- CARSWELL, A. et al. **The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical update.** Canadian Journal of Occupational Therapy, 71, p. 16-22, 2004.
- CHALITA, G. **Educação: A solução está no afeto.** São Paulo: Gente, 2004, 263p.
- COSTABILE, C.; BRUNELLO, M. I. B. **Repercussões da inclusão escolar sobre o cotidiano de crianças com deficiência: um estudo a partir do relato das famílias.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 124-130, 2005.

CORRÊA, R. M. **Dificuldades no aprender: um outro modo de olhar**. Campinas: Mercado das Letras, 2001.

CRUZ C. M. D.; EMMEL G. L. M. **O brinquedo e o brincar na estimulação da função manual de crianças pré-escolares com deficiência física**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 2007, vol. 15 nº1.

DEDDING et al. **Validity of the Canadian Occupational Performance Measure: a client-centred outcome measurement**. Rehabilitation, Academic Medical Center, Amsterdam, 2003.

DIEHL, R. M. **Jogando com as Diferenças: jogos para crianças e jovens com deficiência**. São Paulo: Phorte, 2006.

DUARTE, E.; ARAÚJO, U. **Neuropatologia. Curso de Capacitação de Professores Multiplicadores em Educação Física Adaptada**. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Especial, 2002. p.23-41.

GONÇALVES, S. **Desempenho Ocupacional e percepção da saúde e bem-estar**. Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

HAGERDORN, R. **Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional**. São Paulo. Roca, 1998.

HERZBERG S. R. **Client or patient: which term is more appropriate for use in occupational therapy?** American Journal of occupational Therapy, p. 561-564, 1990.

JURDI, A.P.S.; BRUNELLO, M. I. B.; HONDA, M. Terapia ocupacional e propostas de intervenção na rede pública de ensino . **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 15, n.1.p.26-32, 2004.

KOTLER, Philip. **Administração e Marketing**. São Paulo: Atlas, 1998.

LAW. M.; BAPTISTE, S.; MILLS. J. **Client-centred practice: what does it mean and does make a difference?** Can. J. Ocup. Ther., v. 62, n. 5, p. 250-6, 1995.

LAW et al. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock. Publicado pela CAOT Publications ACE, 2000. **Canadian Occupational Performance Measure**. Versão brasileira preparada por Lívia C. Magalhães, Lílian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

LAW et al. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Ana Amélia Cardoso, Lílian Vieira Magalhães e Lívia de Castro Magalhães organização e tradução – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LOPES, R. E.; SILVA, C. R. **O campo da educação e demandas para a terapia ocupacional no Brasil**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n.3, p. 158-164, 2007.

MÂNGIA, E.F. **Terapia Ocupacional: práticas, discursos e a questão da legitimidade científica**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 10, n. 2/3, p. 60-8. maio/dez., 1999.

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar: caminhos e descaminhos, desafios, perspectivas.** In: Revista Outro Olhar, Ano IV, nº 4. Belo Horizonte: outubro, 2005.

_____. **Inclusão escolar: O que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Moderna, 2003.

MARQUES, N.H.L.et al. Qualidade de Vida e Desempenho Ocupacional de Pacientes Submetidos à Cirurgia de Epilepsia. **Journal of Epilepsy Clinical Neurophysiology**, São Paulo, 2009.

McCOOL, M. A.; BAPTISTE, S.; POLLOCK, N.; CARSWELL, A.; POLATAJKO, H.L. **Targeted applications of the Canadian occupational performance measure.** Can. J. Occup. Ther., v. 72, n. 5, 2005.

MENDES, E. G. **Perspectivas para a construção da escola inclusiva.** In: PALHARES, M. S.; MARINS, S. Escola inclusiva. São Carlos: Edufscar, 2002, p. 61- 86.

MENDES, E.G. **A radicalização do debate sobre inclusão.** **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 13, p. 387-404, 2006.

MEW, M. M.; FOSSEY, E. **Client aspects of clinical reasoning during na initial assessment using the Canadian Occupational Performance Measure.** Australian Journal of Occupational Therapy, 43, p. 155-166, 1996.

MONTEIRO, V.M.T.Q. **Atitudes dos professores de Educação Física no ensino de alunos com deficiência.** Tradução, validação e análise para a Cultura Portuguesa do Instrumento PEATID-III. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Desporto/Universidade do Porto, 2008.

MORATO, P.P. **Deficiência Mental e Aprendizagem.** Lisboa, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 1998.

MOYLES, J. **O brincar e a criança diferente.** In: MOYLES, J. **Só brincar? O Papel do brincar na educação infantil.** Porto Alegre, Artmed, 2002.

NEISTADT, M.; CREPEAU, E. B. (orgs); Willard – Spackman. **Terapia Ocupacional.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NICKE R. et al. Estudo descritivo de desempenho ocupacional de sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. **ACTA FISIATR.** 2009.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** 2003. Acedido em: agosto, 2007.

PARKER, D.; SYKES, C. H. A Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: a clinical practice perspective. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 69(4), p. 150-160, 2006.

PEREIRA FILHO L. A. et al. **Avaliação dos achados ao exame dos potenciais evocados do tronco cerebral em indivíduos com síndrome de West.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. São Paulo, V 70, Nº 1, 2004.

_____. **Política de Educação Especial do Estado de Santa Catarina.** Secretaria do Estado da Educação. São José: FCEE, 2006.

REBEIRO, K. **Client perspectives on occupational therapy practice: are we truly client-centered?** Canadian Journal of Occupational Therapy, v. 67(1), p. 7-14, 2000.

RESENDE, O. D.; RERREIRA, M. P.; ROSA, M. S. **A inclusão escolar de crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais: um olhar das mães.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v 18, nº 18, 2010.

ROCHA, E. F. **A Terapia Ocupacional e as ações na educação: aprofundando interfaces.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 122-127, 2007.

ROCHA, E. F. **Terapia Ocupacional e a inclusão escolar de pessoas com deficiência: Possibilidades e desafios.** In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, X, 2007, Goiânia. Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Goiânia: Kelps/UCG, 2007.

ROCHA, E. F.; LUIZ, A.; ZULIZN, M. A. R. **Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 72-8, 2003.

RODRIGUES, David. **Atividade Motora Adaptada: a alegria do corpo.** São Paulo: Artes Médicas, 2006

RUDIO, Franz V. **Introdução ao projeto de pesquisa.** 16ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

SANCHÉZ, L. M. C. **Lãs necesidades educativas especiales del niño com deficiência motora; tema uno: deficiación y clasificación.** Madrid: Centro Nacional de Recursos para La Educación Especial, 1990.

SANTOS, M. P.dos. **Educação inclusiva e a declaração de Salamanca: conseqüências ao sistema educacional brasileiro.** Ver. Integração, São Paulo, n. 22, p. 34-40, 2000.

SEYMOUR, S. G. **Avaliação das Habilidades Psicossociais e Componentes Psicológicos.**

SOLER, R. **Educação física inclusiva: em busca de uma escola plural.** Rio de Janeiro: Sprint, 2005.

SUMSION, T. **Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação.** São Paulo: Roca, 2003.

TAVARES, G. S. **A Influência do estilo de vida na re-internação hospitalar de pacientes diabéticos.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina – USP. Ribeirão Preto, 2006. 141p.

THEODORO, A. M. **O Impacto da Doença de Parkinson sobre o desempenho ocupacional:** ferramentas para avaliação em terapia ocupacional. Monografia apresentada ao Centro Universitário Claretiano, 2005.

WEINE, R.G.S. Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área de saúde. **Arq Med. ABC** 2004, 29(2), 87-90.

ANEXOS

ANEXO 1 - Medida canadense de desempenho ocupacional.....	56
ANEXO 2 - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas.....	58
ANEXO 3 - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas.....	59
ANEXO 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	62
ANEXO 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	56

ANEXO 1 - Medida canadense de desempenho ocupacional

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

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

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

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

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

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

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

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

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

² Publicado pela CADT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McCall, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

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

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

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

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
Pontuação Total = $\frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___/___ = ___	___/___ = ___	___/___ = ___	___/___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

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

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

ANEXO 2 - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Desempenho Ocupacional de Alunos com Deficiência Incluídos no Ensino Regular" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 01 / 09 / 2009.

Sônia Maria Martins de Melo
Responsável CEAD/UDESC

Rudney da Silva
Pesquisador responsável (Orientador)
CEFID/UDESC

Neide A. de Oliveira Folster
Diretora Pedagógica
APAE – Santo amaro da Imperatriz

ANEXO 3 - Declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "Desempenho Ocupacional de Alunos com Deficiência Incluídos no Ensino Regular" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Florianópolis, 01/09/2009.

Sônia Maria Martins de Melo
Responsável CEAD/UDESC

Rudney da Silva
Pesquisador responsável (Orientador)
CEFID/UDESC

Nelson Isidoro da Silva
Secretário de Educação do Município de Sto. Amaro da Imperatriz

ANEXO 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa vinculada ao Centro de Ensino a Distância da Universidade do Estado de Santa Catarina, orientada pelo Prof. Dr. Rudney da Silva, intitulada “**Desempenho Ocupacional de Alunos com Deficiência da Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC**”, que tem como objetivo avaliar o desempenho ocupacional de alunos com deficiência matriculados na Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC. Este estudo pode avançar o conhecimento acerca de uma área pouco explorada cientificamente em Santa Catarina e no Brasil. A coleta dos dados será operacionalizada através do seguinte instrumento: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, ou queira entrar em contato pode fazê-lo pelo telefone **909084083698**, sem qualquer tipo de gasto, ou pelo e-mail **d2rs@udesc.br**. Se você estiver de acordo em participar, você terá a garantia que as informações fornecidas serão confidenciais, manuseadas somente pelo Pesquisador, Orientador e co-orientador, e que os dados, completamente codificados, só serão utilizados em trabalhos científicos e intervenções profissionais, e que os dados, tanto digitais como impressos, serão armazenados sob a tutela dos Pesquisadores por até cinco anos.

Apesar das informações contidas acima, é possível detalhar as seguintes informações:

- 1 – Tempo necessário: cada sessão terá a duração de 30-40 min para avaliações, intervenções e reavaliações.
- 2 – Sessões necessárias: Dependendo dos horários disponibilizados pelo pesquisado à coleta dos dados pode ocorrer entre 10 e 12 sessões conforme a necessidade do educando.
- 3 – Local onde será realizado: Todas as sessões serão previamente marcadas com dia, horário e local estabelecidos segundo as prioridades do pesquisado.
- 4 – Equipamentos ou instrumentos que serão utilizados: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM
- 5 – Exigência em responder a todas as perguntas dos instrumentos: Não é exigida a obrigatoriedade do educando em responder a todos os questionamentos, pois um familiar ou professor poderão ajudar nas respostas.

6 – Pessoas que acompanharão este estudo: As intervenções poderão ser acompanhadas por familiares ou professores se necessário for.

7 – Realização de fotos ou filmagens: Não será realizado nenhum tipo de gravação de foto ou vídeo.

Agradecemos a vossa participação e colaboração.

Contatos:

Rudney da Silva

Pesquisador Orientador

d2rs@udesc.br

Fone: (48) 90908408 3698

Ivanilda Costa da Rosa

Pesquisadora Orientanda

rosaivanilda@ig.com.br

Fone: (48) 909099559788

Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

cepsh@udesc.br

Fone: (48) 33218195

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____ .

Assinatura _____ Local, _____, ____/____/____ .

ANEXO 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido

Seu filho(a) ou tutelado legal está sendo convidado a participar de uma pesquisa vinculada ao Centro de Ensino a Distância da Universidade do Estado de Santa Catarina, orientada pelo Prof. Dr. Rudney da Silva, intitulada “**Desempenho Ocupacional de Alunos com Deficiência da Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC**”, que tem como objetivo avaliar o desempenho ocupacional de alunos com deficiência matriculados na Rede Municipal de Ensino Regular de Santo Amaro da Imperatriz/SC. Este estudo pode avançar o conhecimento acerca de uma área pouco explorada cientificamente em Santa Catarina e no Brasil. A coleta dos dados será operacionalizada através do seguinte instrumento: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser que seu filho ou tutelado legal não faça mais parte do mesmo, ou queira entrar em contato pode fazê-lo pelo telefone **909084083698**, sem qualquer tipo de gasto, ou pelo e-mail **d2rs@udesc.br**. Se você estiver de acordo que seu filho ou tutelado legal participe, você terá a garantia que as informações fornecidas serão confidenciais, manuseadas somente pelo Pesquisador, Orientador e co-orientador, e que os dados, completamente codificados, só serão utilizados em trabalhos científicos e intervenções profissionais, e que os dados, tanto digitais como impressos, serão armazenados sob a tutela dos Pesquisadores por até cinco anos.

Apesar das informações contidas acima, é possível detalhar as seguintes informações sobre os procedimentos em seu filho ou tutelado legal:

- 1 – Tempo necessário: cada sessão terá a duração de 30-40 min para avaliações, intervenções e reavaliações.
- 2 – Sessões necessárias: Dependendo dos horários disponibilizados pelo pesquisado à coleta dos dados pode ocorrer entre 10 e 12 sessões conforme a necessidade do educando.
- 3 – Local onde será realizado: Todas as sessões serão previamente marcadas com dia, horário e local estabelecidos segundo as prioridades do pesquisado.
- 4 – Equipamentos ou instrumentos que serão utilizados: **Entrevista através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (Canadian Measure of Occupational Performance) – COPM**
- 5 – Exigência em responder a todas as perguntas dos instrumentos: Não é exigida a obrigatoriedade do educando em responder a todos os questionamentos, pois um familiar ou professor poderão ajudar nas respostas.

6 – Pessoas que acompanharão este estudo: As intervenções poderão ser acompanhados por familiares ou professores se necessário for.

7 – Realização de fotos ou filmagens: Não será realizado nenhum tipo de gravação de foto ou vídeo.

Agradecemos a vossa participação e colaboração.

Contatos:

Contatos:

Rudney da Silva

Pesquisador Orientador

d2rs@udesc.br

Fone: (48) 90908408 3698

Ivanilda Costa da Rosa

Pesquisadora Orientanda

rosaivanilda@ig.com.br

Fone: (48) 909099559788

Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

cepsh@udesc.br

Fone: (48) 33218195

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a respeito do meu filho serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas no meu filho.

Declaro que fui informado que posso retirar meu filho do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____ .

Assinatura _____ Local, _____, ____/____/____ .