Letícia Costa Queiroz

Luísa Graziella Jubilini

PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE NA REABILITAÇÃO:

definição, instrumentos e resultados

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2015

Letícia Costa Queiroz

Luísa Graziella Jubilini

PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE NA REABILITAÇÃO:

definição, instrumentos e resultados

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Vaz

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/ UFMG

2015

RESUMO

A Prática Centrada no Cliente é um modelo de processo clínico explorado em diversas áreas da saúde, inclusive em programas de reabilitação. Este modelo envolve a participação ativa do paciente durante todo o processo do tratamento, auxiliando-o a enfrentar suas limitações. A elaboração de objetivos ou metas para o programa de reabilitação é uma parte essencial da Prática Centrada no Cliente e envolve a parceria terapeuta-cliente, sendo que, o foco do tratamento é direcionado à solução dos problemas elegidos pelo paciente. Por ser uma prática que envolve questões específicas para cada indivíduo, os fatores pessoais e ambientais associados ao problema de saúde tem foco especial. Esse trabalho consiste em uma revisão narrativa, que procura explorar o conceito e o histórico de desenvolvimento da Prática Centrada no Cliente, bem como suas principais características e os instrumentos utilizados para a sua aplicação na reabilitação. A literatura revisada indica que no processo de reabilitação, a Prática Centrada no Cliente proporciona como principais resultados o foco no tratamento, a melhora no desempenho de tarefas funcionais, a motivação, a manutenção dos ganhos obtidos.

Palavras-chave: Centrado no paciente. Fisioterapia. Reabilitação. Revisão Narrativa.

Sumário

1 INTRODUÇÃO 4
2 HISTÓRICO DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA 5
3 APLICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM ÁREAS DA SAÚDE 6
4 PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE E REABILITAÇÃO 8
5 COMPONENTES ESSENCIAIS DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM REABILITAÇÃO 10
6 INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM REABILITAÇÃO 12
6.1 Goal Attainment Scaling (GAS) 12
6.2 Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 14
6.3 Patient-Specific Functional Scale (PSFS) 15
6.5 Problem Elicitation Technique (PET) 18
6.6 Self-Identified Goals Assessment (SIGA) 19
7 CONTRASTE ENTRE A PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE E OUTROS TIPOS DE PRÁTICA EM REABILITAÇÃO 21
8 EFEITOS DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM REABILITAÇÃO 23
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 26
REFERÊNCIAS 27

1 INTRODUÇÃO

O processo de reabilitação é complexo e envolve uma série de desafios para o terapeuta e o paciente. A motivação e adesão do paciente em relação ao tratamento, a habilidade do paciente de lidar com sua própria condição de saúde e com a tomada de decisões sobre o tratamento são fatores determinantes para uma intervenção adequada. Um modelo de processo clínico que envolve a análise desses e outros fatores é a Prática Centrada no Cliente.

A Prática Centrada no Cliente, apesar de ter sua origem vinculada ao campo da psicoterapia, é amplamente utilizada em diferentes áreas da saúde, e principalmente em programas de reabilitação. Segundo Rosewilliam *et al*. (2011), a definição de objetivos terapêuticos é primordial nesse processo e os mesmos devem ser elaborados em conjunto por terapeutas, pacientes e seus familiares. Sob esse ponto de vista, questões ambientais e pessoais relacionadas à limitação do paciente são especialmente valorizadas e a abordagem exclusivamente sobre a doença, seus sinais e sintomas, deixa de ser o foco da intervenção.

Esse trabalho teve como objetivo explorar conceitos relacionados à Prática Centrada no Cliente na reabilitação, abordando sua definição, instrumentos utilizados na sua implementação clínica e os resultados gerados.

2 HISTÓRICO DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA

A Prática Centrada no Cliente, que envolve uma nova perspectiva da relação terapeuta-cliente, foi criada a partir de trabalhos iniciados na psicoterapia. Sua criação foi datada no ano de 1940 e teve como responsável o psicoterapeuta Carl Rogers, que baseou sua teoria em um ensaio clínico. Nesse estudo observou um princípio motivacional inerente a todo indivíduo que está relacionado ao desenvolvimento ou aperfeiçoamento das capacidades inerentes a cada um deles (ROGERS, 1963).

As formulações de Carl Rogers foram de extrema importância para instituições de diferentes países. Nesses locais foram desenvolvidas vertentes clínicas baseando-se direta ou indiretamente na proposta original da teoria, sempre visando adotar a ñfilosofia de respeito e parceria com as pessoas que recebem os cuidados, reconhecendo a autonomia do cliente e a necessidade dele realizar escolhas e tomar decisões de acordo com suas necessidadesò(LAW *et al*., 1995).

Por definição, a Prática Centrada no Cliente envolve a participação ativa do paciente na reabilitação desde o momento avaliativo até à aplicação do tratamento. Esse processo é singular a cada limitação e envolve questões fatores pessoais e ambientais que tem impacto no desempenho funcional. Alguns instrumentos avaliativos podem ser utilizados e, através deles, obtêm-se medidas específicas que auxiliam na elaboração de metas a serem alcançadas ao longo do tratamento (HAZARD *et al*., 2009). Essas metas, por sua vez, se relacionam às necessidades relatadas pelo paciente e são formuladas em comum acordo junto aos terapeutas e familiares.

3 APLICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM ÁREAS DA SAÚDE

A aplicação da Prática Centrada no Cliente não é um processo exato e apresenta variações de acordo com as diferentes áreas da saúde, principalmente devido às diferenças em relação à atuação de cada profissional. Na Enfermagem e na Medicina, por exemplo, o conceito de Prática Centrada no Cliente está fortemente associado à prática do ñcuidado humanizadoò (DERTOZI, 2002), levando em consideração o bem estar do paciente em situações complexas, bem como seus desejos e dos familiares. O principal objetivo é o afastamento de uma prática focada exclusivamente na doença e a busca por uma compreensão das queixas e desejos do paciente, bem como do contexto no qual este está inserido (YEHESKEL, 2000).

A justificativa para essa abordagem consiste no fato de que o comportamento do paciente pode influenciar sua condição de saúde e nos desfechos relacionados à mesma. Na abordagem utilizada por esses profissionais, os estudos se referem na maior parte das vezes ao cuidado de pacientes idosos e/ou com doenças crônicas, de forma que a intervenção busque, de maneira geral, trazer conforto, redução da ansiedade e satisfação para todos os envolvidos no processo (BENSBERG, 2007). Partindo da ideia de que condições crônicas e complexas exigem uma abordagem individualizada, que leve em consideração aspectos relevantes para o paciente, a Prática Centrada no Cliente irá promover qualidade de vida e consequentemente maior chance de adesão ao tratamento (SCHOENBAUM, 2005).

O fato de as decisões a serem tomadas em relação ao tratamento envolverem o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional, faz com que diversos estudos se refiram à atuação dos profissionais como uma Prática Centrada no Cliente. Embora não haja consenso em relação à forma de abordar o paciente, alguns aspectos são comumente citados nos estudos da área: respeito aos valores e necessidades do paciente, direito de conhecer e escolher as opções de tratamento, apoio emocional e educação e informação em relação à sua condição e prognóstico (BENSBERG, 2007). Ainda há vários questionamentos entre os profissionais em relação aos reais benefícios de oferecer ao paciente controle sobre seu próprio tratamento dentro de um modelo médico tradicional. Em algumas situações, os

profissionais julgam que os pacientes e sua família podem não ser capazes de compreender plenamente o processo no qual se encontram e as consequências de suas decisões Por essas razões, a equipe opta por seguir um modelo de intervenção focado no diagnóstico, com participação reduzida do paciente.

No caso da Terapia Ocupacional, diversos autores descrevem que o estabelecimento de objetivos claros em parceria com o paciente, com o intuito de potencializar a adesão ao tratamento, direcionar a intervenção e possibilitar mensuração de resultados são essenciais para o processo de reabilitação (TEIXEIRA, 2007; SUMSION, 2006). Na Terapia Ocupacional e na Fisioterapia, há diversos modelos de intervenção. A maior parte dos estudos tem como ponto em comum o uso de métodos sistematizados para identificar incapacidades e possibilidade funcionais dos pacientes, suas aspirações para o tratamento e definir procedimentos para mensurar resultados da terapia.

4 PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE E REABILITAÇÃO

O autor Pollock (1993) afirma que a Prática Centrada no Cliente considera o ponto de vista do próprio paciente em relação às suas limitações durante a elaboração das metas terapêuticas, admitindo a ele maior participação e determinação durante sua reabilitação. A definição dessas metas é primordial durante o tratamento e as mesmas são elaboradas após discussão do caso entre terapeuta, paciente e seus familiares (ROSEWILLIAM *et al*., 2011). Ainda, segundo Ozer; Payton & Nelso (2000), quando um profissional é engajado a realizar esse tipo de abordagem, o plano de tratamento é negociado conforme a meta estabelecida na parceria terapeuta-paciente.

Conforme essa perspectiva, Cott (2004) considera que a reabilitação seguindo os princípios da centralidade na pessoa proporciona melhores resultados ao final do tratamento. Isso pode ser justificado pelo maior envolvimento do paciente e seus familiares na tomada de decisões durante a reabilitação. Nesse processo será necessária a dedicação diária e disciplina por parte dos envolvidos (WADE; JONG, 2000), além da educação fornecida aos pacientes, familiares e, também, aos próprios profissionais de saúde, objetivando uma melhora de suas qualidades e empatia (SCHULMAN-GREEN *et al.,* 2006).

O conceito da Prática Centrada no Cliente considera que a elaboração das metas deve ir além da incapacidade do paciente e deve englobar as questões psicológicas e sociais envolvidas no quadro, além da participação do indivíduo na comunidade. Por isso, nesse aspecto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001), ressalta que esse tipo de abordagem é relevante por promover o aprendizado de atividades relevantes para a realidade do indivíduo frente às suas limitações. Assim proporciona ao mesmo a capacidade e a motivação em ser mais independente no seu contexto social e desconsidera a elaboração de uma conduta temporária para a reabilitação. Dessa forma, abordando as questões ambientais e pessoais envolvidas no processo da deficiência, cresce a possibilidade que o indivíduo se torne capaz de lidar com a sua

condição de saúde de forma mais autônoma e tenha maior controle sobre sua limitação, processo que é descrito como ñempoderamentoò(YOUNG *et al*., 2008).

5 COMPONENTES ESSENCIAIS DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM REABILITAÇÃO

A Prática Centrada no Cliente consiste no estabelecimento de metas e na tomada de decisões em parceria com o paciente (ROSEWILLIAM, 2011). Esse processo envolve, além da definição dessas metas, a definição dos prazos e dos meios através dos quais elas serão atingidas, considerando as necessidades do paciente e o contexto no qual este se insere (WADE, 2009). Além disso, levando-se em consideração que a reabilitação é um processo ativo e focado na solução dos problemas do paciente.

Para estabelecer com clareza as metas a serem alcançadas com a intervenção e, além disso, futuramente avaliar se as mesmas foram atingidas ou não, é preciso utilizar recursos que evitem limitações nesse processo. Essas estratégias se relacionam às diferenças em relação às prioridades no tratamento para o paciente e para a equipe, à percepção equivocada dos objetivos e a sensação de impotência do paciente diante de sua condição. Isso pode ser evitado caso seja feito o uso de instrumentos adequados que avaliem a situação do paciente antes, durante e após determinado período de intervenção ao mesmo tempo em que permitam definir objetivos de forma clara.

Um dos métodos sistematizados utilizados com mais frequência na literatura e que tem se mostrado eficaz para esse propósito é a *Goal Attainment Scaling* (GAS), ou escala de aproximação do objetivo. A partir dela, foram desenvolvidos outros métodos com diferentes critérios de avaliação, adaptados para pacientes com perfis específicos. Porém, esses instrumentos possuem características em comum com a GAS e têm como principal objetivo determinar as principais queixas e expectativas do paciente em relação ao tratamento.

Levando em consideração a grande quantidade de instrumentos de avaliação disponíveis, o conhecimento detalhado dos mesmos é importante para que sua escolha seja a mais adequada para cada paciente. A escolha individualizada desses instrumentos deve em envolver o conhecimento de sua validade e confiabilidade, bem como de sua viabilidade no contexto clínico, de acordo com as queixas, disfunções, idade e aspectos cognitivos do paciente. Um

instrumento realmente viável permitirá estabelecer metas que sejam significativas para o paciente, fazendo com que o mesmo se sinta parte do processo de reabilitação (STEVENS, 2013).

6 INSTRUMENTOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM REABILITAÇÃO

6.1 Goal Attainment Scaling (GAS)

A *Goal Attainment Scaling (GAS),* ou Escala de Aproximação do Objetivo, foi desenvolvida por KIRESUK & SHERMAN (1968) para a aplicação em programas de saúde mental. Com o tempo, ela sofreu modificações e adaptações, algumas promovidas pelos próprios autores da versão original, com seu uso se estendendo a diversas áreas da saúde, ao serviço social e à educação (MCDOUGALL & KING, 2007). Na reabilitação, é um dos instrumentos mais utilizados por ter sido um dos primeiros a ser desenvolvidos e por combinar as características de permitir a negociação e definição de metas em parceria com o paciente, ao mesmo tempo em que atua também como um instrumento de análise da evolução do paciente. De acordo com seus autores, o uso da GAS se estende aos mais amplos perfis de pacientes e condições de saúde, sem restrições de diagnóstico.

Segundo manuais elaborados por Turner - Stokes (2003), o procedimento para a aplicação da GAS consiste em cinco passos: definição dos objetivos terapêuticos; graduação dos mesmos em relação à importância e dificuldade para o paciente; definição dos resultados esperados com a intervenção; classificação dos resultados esperados (originalmente em cinco níveis: -2, -1, 0, +1 e +2); cálculo do escore da GAS (por meio de uma fórmula desenvolvida por Kiresuk & Sherman (1968), com descrição disponível em Turner ï Stokes, 2003). Na etapa inicial, é feita uma entrevista com o paciente, na qual este definirá, em parceria com o terapeuta ou equipe, suas principais limitações e objetivos a serem alcançados com o tratamento. Não há áreas específicas pré-estabelecidas, de forma que o paciente tem liberdade para citar qualquer atividade que considere relevante. Entretanto, na escolha final dos objetivos, estes devem atender a cinco critérios básicos: ser relevantes, compreensíveis para o paciente e profissionais envolvidos, mensuráveis, relacionados ao desempenho de atividades funcionais e ser atingíveis dentro de um prazo pré-estabelecido (MCDOUGALL & KING, 2007).

No passo seguinte, a classificação dos objetivos quanto à importância é feita pelo paciente a partir de um escore de zero a três, no qual zero representa

nenhuma importância e três representa importância máxima para o objetivo citado. O mesmo vale para a dificuldade: zero equivale à ausência de dificuldade e três à dificuldade máxima. Uma vez que o paciente tenha compreendido plenamente esse escore, caso ele classifique algum dos objetivos como zero, tanto em importância como em dificuldade, esse objetivo deverá ser renegociado para que outro de maior prioridade assuma seu lugar.

A seguir, os resultados esperados devem ser estabelecidos da forma mais objetiva e observável possível. Nesse momento, é importante verificar se as metas do paciente de fato são realistas, e ele deve ser informado a respeito dos desfechos mais e menos prováveis de acordo com os prazos estabelecidos. Novas negociações de objetivo podem ser necessárias nesse momento, porém, deve haver o cuidado de que as expectativas do paciente nunca sejam ignoradas.

Originalmente, a classificação dos resultados é realizada formando uma escala da seguinte maneira: o escore zero equivale ao objetivo a ser alcançado após a intervenção; -1e -2 equivalem aos resultados considerados abaixo e muito abaixo do esperado, respectivamente; +1 e +2 equivalem aos resultados acima e muito acima do esperado, respectivamente. Os níveis dessa escala devem apresentar mudanças significativas entre si, intervalos de mudança aproximadamente iguais e contemplar variáveis específicas de mudança de um nível para outro A definição desses critérios, de cada resultado possível e o ponto no qual o paciente se encontra dependem principalmente da experiência do profissional que irá construir a escala e de seu treinamento adequado para o uso desse instrumento. Na reabilitação, seu uso é considerado vantajoso devido ao fato de possibilitar a participação direta do paciente no processo, o encorajando a alcançar suas metas, além de favorecer a comunicação e o trabalho colaborativo dos profissionais de uma equipe multidisciplinar (TURNER-STOKES, 2003). É importante destacar que a aplicação da GAS depende de que o paciente seja de fato capaz de alcançar as metas estabelecidas e que os profissionais envolvidos tenham conhecimento e experiência adequados para predizer se os objetivos propostos realmente seguem os critérios já citados e se podem ser considerados realistas.

Segundo revisão de Stevens *et al*. (2013), a GAS pode ser considerada um instrumento válido como facilitador para uma abordagem terapêutica centrada no

cliente, além de ser um dos instrumentos mais úteis para definição de objetivos concretos e avaliação do progresso do paciente. Porém, as principais limitações seriam o fato de esse recurso, exigir um tempo prolongado para sua aplicação quando comparado a outros instrumentos descritos a seguir (pelo menos 30 minutos), além de exigir experiência profissional que evite erros comuns na construção da escala, como o estabelecimento de metas não realistas, progressão pouco significativa de um nível para outro da escala e excesso ou falta de variáveis de mudança.

6.2 Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

A *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* ou, conforme a tradução para o português, Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, é um instrumento publicado por Law *et al.* (1990) e desenvolvido por pesquisadores canadenses tendo como base a Prática Centrada no Cliente. A proposta inicial era fornecer um instrumento para a prática dos Terapeutas Ocupacionais (CALDAS *et al.,* 2011), porém, com o passar do tempo, também foi incorporado à atuação dos Fisioterapeutas.

A estrutura da COPM foca na mensuração do desempenho nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer, incluindo fatores determinantes para a execução das atividades-alvo, como os físicos, psicológicos e os socioculturais. Além disso, aborda as características do ambiente, os papéis do paciente na sociedade e a sua motivação (LAW *et al*., 2009). O terapeuta que opta por utilizar esse instrumento inicia sua avaliação seguindo uma entrevista semiestruturada, onde o próprio paciente elege problemas diários referentes às áreas de autocuidado, produtividade e lazer. Uma vez identificados, esses comprometimentos são mensurados em uma escala de 1 a 10 e apenas cinco destes são eleitos para serem trabalhados durante a reabilitação. Em seguida, é proposto que o paciente novamente avalie o desempenho e a satisfação em relação a essas tarefas escolhidas em um escore de 1 a 10, sendo que, escores mais altos indicam melhor desempenho ou satisfação. Essas pontuações são somadas e o resultado é dividido sobre o número de problemas identificados inicialmente para produzir uma pontuação final (CARSWELL

et al., 2004). Após um período de intervenção planejado negociado, o paciente é convidado a novamente avaliar seu desempenho e satisfação em relação às cinco tarefas mencionadas inicialmente e a mesma pontuação é calculada ao final. Mudanças nos escores nesse instrumento são consideradas clinicamente significativas caso haja mudança entre dois ou mais pontos (LAW *et al.,* 1991).

Segundo Carswell *et al*. (2004), uma vasta gama de pacientes pode se beneficiar com a aplicação da COPM, sendo alguns destes: crianças portadoras de deficiência, adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica, em lesados neurológicos, portadores de fibromialgia, em pacientes com lesões cerebrais traumáticas ou vasculares encefálicas e, até mesmo, com algum problema de saúde mental. Porém, é válido ressaltar que limitações associadas a prejuízos na comunicação ou na cognição, como no Alzheimer, podem ser desafios para a aplicação do instrumento e, por isso, familiares ou outros cuidadores podem ser convidados a responder à entrevista.

Uma revisão da literatura publicada Carswell *et al.* (2004), verificou que a COPM é uma medida válida do desempenho ocupacional e satisfação percebida pelo paciente, além de demonstrar escores padrões semelhantes em relação à qualidade de vida quando correlacionada com outras medidas conhecidas (LEWIS & JONES, 2001). Já em relação à sensibilidade a mudanças, o instrumento foi muito sensível em detectar resultados obtidos ao longo do tempo, demonstrando a melhora no desempenho e satisfação do paciente. Além disso, terapeutas que utilizaram o instrumento informaram que o mesmo foi útil para produzir a adesão do paciente ao tratamento, para estabelecer objetivos adequados ao caso e fornecer feedback aos participantes. Outro ponto positivo da COPM foi a versatilidade para a aplicação em diferentes países , sendo considerada satisfatória a excelente nos critérios de confiabilidade e validade (CHEN *et al*., 2002).

6.3 Patient-Specific Functional Scale (PSFS)

A *Patient-Specific Functional Scale (PSFS)* ou, no português, Escala Funcional Específica do Paciente, foi desenvolvida originalmente por Stratford *et al*.

(1995) para avaliar e orientar o tratamento de indivíduos com disfunções musculoesqueléticas (CHATMAN *et al*., 1997). Durante o desenvolvimento do instrumento, algumas características como a eficiência para administrar, o fornecimento de medidas confiáveis, válidas e que fossem capazes de documentar o nível de atividade em diferentes condições de saúde, foram considerados essenciais para os autores (CHATMAN *et al*., 1997).

A PSFS consiste em uma entrevista que maximiza o foco sobre a função do paciente, onde o mesmo é orientado a eleger cinco atividades importantes cuja execução esteja dificultada ou impossibilitada devido à sua deficiência ou problema de saúde. Cada atividade é classificada conforme o nível de dificuldade em uma escala de 0 a 11 pontos, sendo que, quanto menor a pontuação, maior é a dificuldade. Durante as reavaliações seguintes, o terapeuta deve relembrar ao paciente as atividades eleitas anteriormente e é dada a oportunidade de pontuá-las novamente ou nomear novas limitações que poderiam ter surgido ao longo do tempo (HORN *et al*., 2012)

De acordo com a revisão sistemática elaborada por Horn *et al*. (2012), foi considerado que a PSFS possui uma excelente confiabilidade para condições crônicas de lombalgia e boa confiabilidade para dor lombar aguda. Além disso, o instrumento também demonstrou ter suficiente validade, confiabilidade e capacidade de resposta em indivíduos com disfunções no joelho e na cervical, radiculopatias, epicondilite lateral e síndrome do túnel do carpo. Porém, conforme Chatman *et al*., (1997), a PSFS possui uma limitação relevante por não considerar durante a pontuação das atividades uma deterioração da capacidade em executá-las. Segundo o autor, caso o paciente classifique uma atividade como 0, ou seja, total incapacidade em realizá-la, torna-se impossível pontuá-la em um nível mais baixo.

6.4 Patient Goal Priority Questionnaire (PGPQ)

Instrumento desenvolvido por Åsenlof (2004), com foco na reabilitação. A proposta é realizar uma avaliação comportamental de pacientes com disfunções musculoesqueléticas que cursem com dor crônica, e estabelecer metas à partir das atividades consideradas mais comprometidas de acordo com o questionário

respondido pelo paciente. De acordo com os autores, o diferencial da PGPQ, quando comparada a outros instrumentos, estaria no fato de não se ater somente à identificação dos problemas mais urgentes citados pelo paciente, mas também às suas preocupações e componentes emocionais em geral.

O questionário se divide em duas partes ou sessões. Na primeira sessão, inicialmente devem ser listadas todas as atividades diárias cuja performance se encontre afetada pela dor e que, para o paciente, possam ser alteradas de alguma forma pela fisioterapia. Em seguida, dentre essas atividades, ele deve eleger no máximo três que sejam consideradas as mais relevantes. Ele deve classificá-las em ordem de importância, sendo a atividade 1 a de maior prioridade para intervenção e as atividades classificadas em 2 e 3 sendo as de prioridade intermediária e menor, respectivamente. Nessa etapa, o paciente deve ser encorajado a detalhar ao máximo as atividades listadas, associá-las a situações de sua vida diária e citar suas expectativas em relação ao tratamento.

Na segunda sessão, cada atividade deve ser novamente classificada de acordo com outros critérios: performance (com nota variando entre 0 e 10, em que quanto maior a nota, mais comprometido está o desempenho); frequência semanal em que cada atividade é ou deveria ser realizada (0 = nunca, 1 = uma vez, 2 = duas vezes, 3 = três a cinco vezes, 4 = mais de cinco vezes por semana); satisfação com o nível atual do desempenho (com nota variando entre 0 e 10, em que quanto maior a nota, maior é a satisfação); autoconfiança para o desempenho da atividade (também com nota variando entre 0 e 10, em que quanto maior a nota, maior é a autoconfiança); medo de desempenhar a atividade no dia-a-dia (classificação também de 0 a 10. Quanto maior a nota, maior o nível de insegurança); disposição para adotar novos hábitos que possibilitem o alcance das expectativas em relação à atividade listada (notas entre 0 e 10, em que quanto mais altas, maior a chance de mudanças); expectativas em relação ao futuro desempenho da atividade como resultado do tratamento (classificação também entre 0 e 10. Quanto mais alta a nota, maior é o comprometimento atual do desempenho da atividade).

O paciente é orientado a preencher o questionário de forma independente, com o mínimo de orientações e intervenções por parte do fisioterapeuta ou avaliador. A ideia é que após o período de intervenção

estabelecido inicialmente, o paciente volte a responder ao questionário e os resultados iniciais e finais sejam comparados. A mudança nos escores fornecidos pelo paciente irá fornecer informações sobre o impacto da intervenção nas atividades, dentro dos diversos aspectos avaliados pelo questionário.

Segundo revisão realizada por Stevens *et al*. (2013), o PGPQ em sua idealização apresenta características positivas no que diz respeito à possibilidade de estabelecer metas claras, na negociação dessas metas com o paciente e como instrumento de avaliação e reavaliação do paciente. Outro fator positivo é a tentativa de não levar em consideração somente aspectos práticos do desempenho da atividade, mas considerar também fatores como segurança e autoconfiança, geralmente não abordados em outros instrumentos. Porém, esse estudo e uma revisão de (GRIMMER-SOMMERS *et al.,* 2009) citam que ainda há poucos estudos demonstrando a comprovação em relação à sua aplicabilidade na reabilitação é escassa, de forma que sua validade e relevância como instrumento de avaliação ainda devam ser melhor estudados. Além disso, o excesso de etapas e o longo período necessário para sua aplicação, somados à não especificação em relação à necessidade de treinamento prévio do avaliador, comprometem sua reprodutibilidade e confiabilidade.

6.5 Problem Elicitation Technique (PET)

Entrevista semi-estruturada criada por BUCHBINDER *et al.* (1995), adaptada do *McMaster Toronto Arthritis Questionnaire* (MACTAR), inicialmente voltada para a avaliação de pacientes com doenças reumáticas e em versões posteriores adaptada também para disfunções musculoesqueléticas em geral. Há uma lista pré-estabelecida de atividades abrangendo autocuidado, mobilidade, trabalho, convívio social, comunicação, sono, dentre outras, mas não há uma divisão formal em domínios específicos, de forma que o paciente pode sentir necessidade de eleger atividades que não se encontrem na lista. A partir dessa lista, o avaliador solicita ao paciente que eleja problemas decorrentes de sua condição de saúde, os relacione às atividades e quais desses problemas ele teria o maior desejo de ver solucionadas pela terapia. Ele deve classificar esses problemas em relação à sua

magnitude, em uma escala de 0 a 7 pontos, e sua importância, em uma escala de 0 a 10 pontos. É calculado um escore de cada problema citado, através da multiplicação das duas notas dadas pelo paciente. O objetivo é avaliar o paciente identificando as áreas de maior dificuldade, dentro do que o próprio considera importante em sua rotina e realizar posteriormente uma reavaliação considerando os mesmos itens iniciais.

Em um trabalho que propõe comparação do PET a outros oito instrumentos de avaliação (JOLLES *et al*., 2005), concluiu-se que a ausência de categorias específicas para as atividades representa uma desvantagem para o PET, podendo gerar confusão para o paciente e examinador durante o processo de avaliação, uma vez que na lista pré-estabelecida é considerada limitada e chega a possuir atividades semelhantes. Isso faz com que a experiência do profissional seja determinante para garantir que o paciente de fato liste todas as tarefas relevantes para a reabilitação. Porém, essa limitação também é apontada em outros instrumentos comumente utilizados, como o COPM. Além disso, não é consenso entre os estudos citados pela autora que uma lista detalhada de atividades funcionais garanta o sucesso absoluto da aplicação de um instrumento. O mesmo estudo destaca ainda que apesar de apresentar desvantagens, o PET de fato avalia o que se propõe avaliar, pode ser considerado relevante e confiável para a avaliação de pacientes com desordens musculoesqueléticas, apresenta um tempo de aplicação adequado (cerca de dez minutos), além de possuir um método de cálculo de escore adequado.

6.6 Self-Identified Goals Assessment (SIGA)

Instrumento desenvolvido para a avaliação e definição de metas para pacientes em fases subagudas da reabilitação, sem restrições de diagnóstico. Consiste em uma entrevista estruturada, cujo objetivo é que o próprio paciente identifique suas limitações, defina metas que ele considere significativas e identifique progressos após determinado período de intervenção (MELVILLE, 2002).

Em uma entrevista com o terapeuta, o paciente ou cuidador deve eleger de uma a cinco atividades relevantes de seu dia-a-dia que se encontram comprometidas, preferencialmente que eram realizadas sem problemas antes do evento que levou o paciente à reabilitação. Caso o paciente tenha dificuldade em escolher as atividades, o avaliador pode dar exemplos de áreas nas quais essas atividades podem se enquadrar, como autocuidado, lazer, trabalho, interação com a comunidade. A ajuda de cuidadores e familiares pode ser estimulada. É importante que o paciente ou cuidador seja orientado a detalhar ao máximo a atividade e o contexto na qual essa ocorre.

Em seguida, deve-se apresentar ao paciente uma escala de 0 a 10 pontos. Ele deve então classificar cada atividade citada anteriormente quanto ao seu grau de dificuldade, de maneira que zero represente total incapacidade (ou maior nível de dificuldade) para a realização da tarefa e 10 represente menor dificuldade possível. A mesma entrevista é feita na reavaliação para mensuração do progresso do paciente. A cada reavaliação, o paciente pode ser encorajado a citar novas atividades que se encontrem limitadas e estabelecer novas metas, de acordo com o seu progresso.

O SIGA possui como principais vantagens o fato de ser um instrumento simples, de aplicação rápida (menos de dez minutos) e ser aplicável a pacientes com diversas condições de saúde e com faixas etárias variadas. Além disso, segundo Melville (2002), possibilita ao terapeuta e paciente o desenvolvimento de estratégias que, mesmo não alterando completamente o desempenho da atividade, geram grande mudança no escore final fornecido pelo paciente em curtos períodos, possibilitando a adição de novas tarefas a serem trabalhadas. Entretanto, sua aplicação exige treinamento prévio por parte do avaliador, que deve realizar todas as perguntas de forma clara, realizando adaptações quando for necessário, porém sem induzir o paciente na escolha de atividades específicas ou na nota do desempenho. Embora amplamente utilizado por terapeutas ocupacionais, o SIGA tem confiabilidade ainda questionada, e é sugerido que mais estudos sejam realizados, principalmente análises comparativas com outros instrumentos (STEVENS *et al.,* 2013).

7 CONTRASTE ENTRE A PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE E OUTROS TIPOS DE PRÁTICA EM REABILITAÇÃO

Segundo COTT (2004), a Prática Centrada no Cliente adotada na reabilitação tem como principal característica a individualização de programas para atender às necessidades do paciente, através da participação mútua com os profissionais de saúde na elaboração das metas. Nesse tipo de abordagem, as principais características encontradas na relação terapeuta-paciente são o respeito pelos valores e preferências do cliente, além da capacitação e compartilhamento do poder nas decisões a serem tomadas durante o tratamento (LEPLEGE *et al*., 2007; MACLEOD *et al*., 2007).

Uma abordagem baseada na centralidade do paciente considera que a limitação relatada pelo indivíduo está exposta a fatores biopsicossociais que, consequentemente, fazem-no compreender e gerenciar sua situação de forma distinta a outros indivíduos que possuem a mesma deficiência (MEAD & BOWER, 2000). Segundo Bower (1998), para que seja possível um entendimento completo da apresentação do paciente, é necessário que o terapeuta se esforce para compreender que cada um possui uma singularidade para reagir de maneira diferente à influência de agentes externos.

Antes da adoção de uma e definição de saúde que considera relevante a associação da mesma aos recursos pessoais, sociais e físicos (PELICIONI & PELICIONI, 2007), o conceito estava relacionado apenas à ausência de doença. Enquadrado nessa época, o modelo denominado ñbiomédicoò estava vinculado à origem e práticas em reabilitação. Esse modelo tem a sua criação atrelada às grandes guerras mundiais e era conhecido pelo seu padrão curativista ou centrado na doença (SANTOS & WESTPHAL, 1999). Sua concepção foi baseada no modelo mecanicista onde o ser humano era tratado como uma máquina e apenas a relação causa-efeito era relevante, não considerando o contexto psicossocial em que estas condições poderiam ocorrer (CUTOLO, 2006). Dessa forma, em contrapartida à Prática Centrada no Cliente, o indivíduo era estereotipado conforme os sinais e sintomas apresentados. Por sua vez, os mesmos levavam a elaboração de um diagnóstico preciso de uma patologia, sendo que, a terapia selecionada para o seu

tratamento tinha como único objetivo restaurar ou, ao máximo, melhorar aquele ñmalò(NEIGHBOUR, 1987).

Atualmente é reconhecido que o processo de saúde não depende unicamente das questões físicas, mas é fortemente influenciado pelas relações sociais e pelo acesso à educação, tipo trabalho, renda, prática de atividades físicas, entre outros aspectos que permeiam a qualidade de vida (MARCONDES, 2004). Além disso, segundo a OMS (2002), a associação do diagnóstico médico ao diagnóstico da funcionalidade, ou seja, aquele que considera as funções do individuo nas atividades e na participação em sociedade, nos fornece uma ampla visão do indivíduo, pois uma mesma doença pode acarretar diferentes estágios de incapacidade e, um mesmo nível de incapacidade pode estar ligado a condições de saúde distintas.

Por fim, outro ponto a ser considerado dentro do modelo biomédico e que se contrasta com a Prática Centrada no Cliente, é a passividade do indivíduo perante sua condição de saúde e a omissão da equipe em abordar a sua educação. Um modelo que apenas considera o tratamento e a recuperação de uma doença e que não considera a investigação por parte dos terapeutas do comportamento de um paciente no seu ambiente, assim como feito no biomédico, falha e corre risco de perder a adesão (BACKES *et al.,* 2009). Segundo a OMS (2002), o processo de capacitação do indivíduo e modificação do seu comportamento de risco, além do controle dos fatores psicológicos e físicos, são essenciais para a garantia integral à saúde., O valor dado às expectativas do paciente a cerca da resolução da sua deficiência e seu envolvimento junto à discussão do caso para elaboração da intervenção é relevante para a obtenção de bons resultados ao longo do tempo (LAINE & DAVIDOFF, 1996).

8 **EFEITOS DA PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE EM REABILITAÇÃO**

Em geral, os estudos revisados nesse trabalho demonstraram que a Prática Centrada no Cliente tem os resultados relacionados às categorias de atividade e participação social descritas pela CIF. De maneira mais geral, por se tratar de um modelo de processo clínico, a Prática Centrada no Cliente provoca impactos em diferentes aspectos da reabilitação. Entre os principais aspectos investigados, estão: o foco do tratamento; o desempenho das tarefas alvo; a motivação; a manutenção, a longo prazo, dos ganhos obtidos com os tratamentos escolhidos.

Em relação aos ganhos em atividade e participação, Wressle (2002) se propôs a comparar os resultados da reabilitação com e sem o uso de um instrumento padronizado para a abordagem centrada no cliente, após determinado período de intervenção. Os indivíduos participantes foram pacientes idosos, em tratamento domiciliar, na maioria dos casos pós AVE, divididos em grupo experimental e grupo controle. No grupo experimental, a avaliação e a intervenção envolveram o uso do COPM, enquanto o grupo controle foi avaliado com escalas que não envolviam definição de objetivos. Todos os pacientes passaram por entre 24 e 26 sessões de fisioterapia e terapia ocupacional, com o foco da intervenção guiado a partir da avaliação inicial. Após o mesmo período de intervenção para os dois grupos, os pacientes foram reavaliados e responderam a uma entrevista estruturada, com perguntas relacionadas à formulação de metas, sensação de participação ativa na reabilitação, satisfação com o tratamento e melhora no desempenho de atividades diárias após a intervenção. A análise das respostas mostrou que, para aqueles que foram abordados levando-se em consideração a avaliação com o COPM, houve melhora na realização de um maior número de tarefas funcionais quando comparada aos pacientes do grupo controle. Além disso, os relatos de maior participação no processo, maior motivação e auto percepção de melhora funcional foram mais frequentes no grupo experimental.

Além disso, Donelly, *et al*. (2004) em uma análise retrospectiva, comenta a importância da Prática Centrada no Cliente para o alcance de objetivos relacionados especificamente ao autocuidado, trabalho e lazer para indivíduos com

lesão medular. Segundo os autores, uma abordagem centrada no paciente possibilita a melhora na execução de atividades funcionais mesmo após o fim das intervenções.

Doig *et al*. (2009) investigou o planejamento de objetivos para um grupo de indivíduos portadores de TCE grave e seus familiares, e enfatizou a relevância do estabelecimento de metas para estruturar o processo de reabilitação. Entrevistas realizadas com os pacientes, familiares e terapeutas indicaram que todos os envolvidos descreveram o processo de maneira positiva, expressando satisfação com o progresso conseguido. Além disso, alguns familiares e os indivíduos com TCE afirmaram que os objetivos elaborados exemplificavam e esclareciam o que estava sendo buscado, proporcionando foco ao caminho a ser seguido. No estudo, também foi descrita a importância do conhecimento das metas elaboradas por parte do paciente. Sua participação junto à equipe na escolha dos objetivos proporcionou domínio em relação ao que estava sendo buscado com o tratamento e, consequentemente, houve a percepção de progresso no desempenho das atividades-alvo.

A Prática Centrada no Cliente também pode ter influências em relação à motivação do paciente ao longo da reabilitação. Segundo estudo de Doig *et al*. (2009), o dinamismo envolvido nesse tipo de abordagem é capaz de gerar no paciente o anseio em alcançar novos objetivos, sendo motivador para todos os envolvidos. Esse desfecho também é considerado por Malec (1999), que afirma que a elaboração de metas realizada nessa prática é significativa por resultar na motivação do paciente durante o tratamento.

Webb & Glueckauf (1994) desenvolveram um estudo sobre a fixação de metas em um programa de reabilitação neurológica para adultos com lesões cerebrais traumáticas. Esses pacientes realizaram um treinamento de oito semanas destinado a avaliar os resultados do envolvimento direito na definição dos objetivos junto aos terapeutas, sendo que, aleatoriamente os grupos foram designados a uma condição de maior ou menor participação nessa definição. As metas desenvolvidas englobavam o autocuidado, habilidades para enfrentamento da limitação e participação, além do período de tempo para as avaliações (uma semana antes, uma semana depois e dois meses após o treinamento). Como desfecho do estudo,

concluiu-se que o envolvimento direto do paciente na elaboração dos objetivos teve significativa diferença no desempenho funcional comparado à avaliação realizada antes do treinamento e, também, dois meses após a intervenção, o que demonstra a manutenção dos ganhos obtidos.

Apesar dos benefícios relatados, alguns desafios podem ser encontrados para a adoção da Prática Centrada no Cliente no contexto da reabilitação. Esses desafios incluem o acometimento da memória e da consciência nos indivíduos com algumas condições de saúde, o que dificulta a elaboração de objetivos relevantes para os mesmos (FLEMING & STORNG, 1995). Porém, essa incapacidade não é considerada um critério de exclusão para a reabilitação e, em alguns casos, é necessária uma abordagem mais prolongada para que fosse possível identificar os objetivos relevantes para o indivíduo (DOIG *et al.,* 2009).

Outro possível fator limitante se refere ao volume de tempo necessário para a implementação da prática. Eyssen *et al.* (2013) em um ensaio clínico realizado em um centro de reabilitação, se propuseram a comparar a eficácia de uma intervenção centrada no cliente (grupo experimental) de outra usual (grupo controle), abordando as limitações, a participação e a autonomia de pacientes com esclerose múltipla. No grupo experimental, os pacientes eram permitidos a escolher atividades que seriam trabalhadas na reabilitação e que seriam úteis para a sua rotina. Já no grupo controle, essa oportunidade não era oferecida e o tratamento era oferecido sem que os terapeutas oferecessem ferramentas centradas no paciente. Segundo os resultados desse estudo, a Prática Centrada no Cliente não estabeleceu efeitos significativos em relação às limitações, participação e autonomia do grupo experimental quando comparado ao controle. Em contradição aos efeitos benéficos da abordagem, os autores relatam que, provavelmente, o maior tempo gasto durante a avaliação do paciente poderia interferir no tempo gasto para a realização do tratamento implicando em resultados não significativos em relação ao tratamento usual.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos ao longo do trabalho permitiu confirmar que a Prática Centrada no Cliente pode envolver o paciente no processo de reabilitação, através da tomada de decisões em parceria terapeuta-cliente. As evidências sugerem que essa relação é benéfica tanto para o paciente, no sentindo de auxiliá-lo a enfrentar sua condição, quanto para o terapeuta, que pode desenvolver sua capacidade de partilhar seu poder com o paciente e trabalhar em equipe.

Porém alguns desafios para a adoção da prática foram relatados por alguns autores e estão, principalmente, relacionadas à incapacidade de alguns pacientes em participar ativamente das decisões desde o início do tratamento por uma alteração na cognição, por exemplo. Além disso, se não for bem conduzida pelo profissional envolvido, a aplicação dessa abordagem pode gerar metas irrealistas para a reabilitação e, consequentemente, resultados irrelevantes ao longo do tempo. Porém essas limitações não podem ser consideradas fatores impeditivos para a elaboração de metas na reabilitação. Uma estratégia posposta por Huby (2004) seria adequar os objetivos conforme o estado cognitivo do paciente ao longo da recuperação reduzindo, dessa forma, a passividade do mesmo no tratamento. O trabalho de Kuipers *et al.* (2004) também cita a importância do envolvimento da família nesses casos como forma de apoio ao paciente e auxílio na definição das metas apropriadas ao momento.

Com o desenvolvimento desse trabalho, consideramos que apesar dos desafios, a abordagem seguindo os componentes essenciais da Prática Centrada no Cliente é relevante na prática clínica e deve ser considerada durante os programas de reabilitação. Junto a isso, mais estudos científicos devem ser elaborados na área, a fim de explorar o tema.

REFERÊNCIAS

AHL, Lena Ekström et al. Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 47, n. 9, p. 613-619, 2005.

ÅSENLÖF, Pernilla; SILJEBÄCK, Kim. The patient goal priority questionnaire is moderately reproducible in people with persistent musculoskeletal pain. **Physical therapy**, v. 89, n. 11, p. 1226-1234, 2009.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, 2009.

BENSBERG, M. **Patient centred care literature review**. Dandenong: Dandenong Division of General Practice, 2007.

BODIAM, Carolyn. The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 3, p. 123-126, 1999.

BOWER, Peter. Understanding patients: implicit personality theory and the general practitioner. **British journal of medical psychology**, v. 71, n. 2, p. 153-163, 1998.

BRODLEY, Barbara Temaner. O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. **A Pessoa como Centro- Revista de Estudos Rogerianos**, n. 2, 1998.

CALDAS, Ada Salvetti Cavalcanti; FACUNDES, Vera Lúcia Dutra; SILVA, Hilton Justino. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 238-244, 2011.

CARSWELL, Anne et al. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 4, p. 210-222, 2004.

CHATMAN, Andre B. et al. The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction. **Physical therapy**, v. 77, n. 8, p. 820-829, 1997.

CHEN, Ya-Hsin; RODGER, Sylvia; POLATAJKO, Helene. Experiences with the COPM and client-centred practice in adult neurorehabilitation in Taiwan. **Occupational therapy international**, v. 9, n. 3, p. 167-184, 2002.

COTT, Cheryl. Client-centred rehabilitation: client perspectives. **Disability & Rehabilitation**, v. 26, n. 24, p. 1411-1422, 2004.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DEZORZI, Luciana Winterkorn; CAMPONOGARA, Silviamar; VIEIRA, Débora Feijó Villas Boas. O enfermeiro de terapia intensiva e o cuidado centrado na família: uma proposta de sensibilização. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre, v.23, n. 1, p. 84-102, jan. 2002.

DOIG, Emmah et al. Qualitative exploration of a client-centered, goal-directed approach to community-based occupational therapy for adults with traumatic brain injury**. American Journal of Occupational Therapy**, v. 63, n. 5, p. 559-568, 2009.

DONNELLY, Catherine et al. Client-centred assessment and the identification of meaningful treatment goals for individuals with a spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 42, n. 5, p. 302-307, 2004.

EYSSEN, Isaline CJM et al. A cluster randomised controlled trial on the efficacy of client-centred occupational therapy in multiple sclerosis: good process, poor outcome. **Disability and rehabilitation**, v. 35, n. 19, p. 1636-1646, 2013.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FLEMING, Jennifer; STRONG, Jenny. Self-awareness of deficits following acquired brain injury: Considerations for rehabilitation. **The British Journal of Occupational Therapy**, v. 58, n. 2, p. 55-60, 1995.

GOODGOLD-EDWARDS, S. A. Principles for guiding action during motor learning: a critical evaluation of neurodevelopmental treatment. **Phys Ther Pract**, v. 2, p. 30-9, 1993.

GRIMMER-SOMERS, Karen et al. A review and critique of assessment instruments for patients with persistent pain. **Journal of pain research**, v. 2, p. 21, 2009.

HAZARD, Rowland G. et al. The impact of personal functional goal achievement on patient satisfaction with progress one year following completion of a functional restoration program for chronic disabling spinal disorders. **Spine**, v. 34, n. 25, p. 2797, 2009.

HORN, Katyana Kowalchuk et al. The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure.**journal of orthopaedic & sports physical therapy**, v. 42, n. 1, p. 30-D17, 2012.

HOVING, Jan Lucas et al. Validity of the neck disability index, Northwick Park neck pain questionnaire, and problem elicitation technique for measuring disability associated with whiplash-associated disorders. **Pain**, v. 102, n. 3, p. 273-281, 2003.

HUBY, Guro et al. Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making.**Health, risk & society**, v. 6, n. 2, p. 115-132, 2004.

JOLLESA, Brigitte M.; BUCHBINDERB, Rachelle; BEATON, Dorcas E. A study compared nine patient-specific indices for musculoskeletal disorders. **Journal of Clinical Epidemiology,** v.58, p.791ï 801, 2005.

KETELAAR, Marjolijn *et al.* Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. **Physical Therapy**, v. 81, n. 9, p. 1534-1545, 2001.

KIRESUK, Thomas J.; SHERMAN, Mr Robert E. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. **Community mental health journal**, v. 4, n. 6, p. 443-453, 1968.

KUIPERS, Pim et al. A preliminary exploration of goal-setting in community-based rehabilitation for people with brain impairment. **Brain Impairment**, v. 5, n.1, p. 30-41, 2004.

LAINE, Christine; DAVIDOFF, Frank. Patient-centered medicine: a professional evolution. **Jama**, v. 275, n. 2, p. 152-156, 1996.

LAW, M.; BAPTISTE, S.; CARSWELL, A.; McCOLL, M. A.; POLATAJKO, H. L.; POLLOCK, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).** Trad. Lívia de Castro Magalhães, Lilian Vieira Magalhães e Ana Amélia Cardoso. Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

LAW, Mary *et al.* **Canadian Occupational Performance Measure**. Toronto: CAOT Publications ACE, 1991.

LAW, Mary *et al*. Family-centred functional therapy for children with cerebral palsy: an emerging practice model. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 83-102, 1998.

LAW, Mary *et al*. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 57, n. 2, p. 82-87, 1990.

LEACH, Emma *et al.* Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. **Disability and rehabilitation**, v. 32, n. 2, p. 159-172, 2010.

LEPLEGE, Alain *et al.* Person-centredness: conceptual and historical perspectives. **Disability and rehabilitation**, v. 29, n. 20-21, p. 1555-1565, 2007.

LEWIS, J.; JONES, P. Measuring handicap in rheumatic disease: Evaluation of the Canadian occupational performance measure. In: **ARTHRITIS AND RHEUMATISM**. 227 East Washington SQ, Philadelphia, PA 19106 USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p. S90.

LÖWING, Kristina; BEXELIUS, Annemarie; CARLBERG, Eva Brogren. Goal-directed functional therapy: a longitudinal study on gross motor function in children with cerebral palsy. **Disability and rehabilitation**, v. 32, n. 11, p. 908-916, 2010.

LÖWING, Kristina; BEXELIUS, Annmarie; BROGREN CARLBERG, Eva. Activity focused and goal directed therapy for children with cerebral palsyï Do goals make a difference?. **Disability and rehabilitation**, v. 31, n. 22, p. 1808-1816, 2009.

MACLEOD, Rod; MCPHERSON, Kathryn M. Care and compassion: Part of person-centred rehabilitation, inappropriate response or a forgotten art ?. **Disability and rehabilitation**, v. 29, n. 20-21, p. 1589-1595, 2007.

MAITRA, Kinsuk K.; ERWAY, Frances. Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 60, n. 3, p. 298-310, 2006.

MALEC, James F. Goal attainment scaling in rehabilitation. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 9, n. 3-4, p. 253-275, 1999.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Contribuições da abordagem canadense "prática de terapia ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/02.pdf. Acesso em 27 set. 2015.

MCDOUGALL, J.; KING, G. **Goal attainment scaling:** Description, utility, and applications in pediatric therapy services. Thames Valley Childrens Centre, 2007.

MCGRATH, Joanna R.; ADAMS, Louise. Patient-centered goal planning: A systemic psychological therapy? **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 6, n. 2, p. 43-50, 1999.

MEAD, Nicola; BOWER, Peter. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. **Social science & medicine**, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000.

MELVILLE, Lisa Link *et al*. Patientsô perspectives on the self-identified goals assessment. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, n. 6, p. 650-659, 2002.

MOREIRA, Virginia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia,** Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010. NEIGHBOUR, Roger. The inner consultation. 1987.

OZER, Mark N.; PAYTON, Otto D.; NELSON, Craig E. (Ed.). **Treatment planning for rehabilitation:** a patient-centered approach. Appleton & Lange, 2000.

PELICIONI, Maria Cecília F.; PELICIONI, Andréa F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-28, 2007.

POLLOCK, Nancy. Client-centered assessment. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 47, n. 4, p. 298-301, 1993.

ROSEWILLIAM, Sheeba; ROSKELL, Carolyn Anne; PANDYAN, A. D. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. **Clinical Rehabilitation**, v. 25, n. 6, p. 501-514, 2011.

SALEM, Yasser; GODWIN, Ellen M. Effects of task-oriented training on mobility function in children with cerebral palsy. **NeuroRehabilitation**, v. 24, n. 4, p. 307-313, 2008.

SANTOS, C. **Abordagem centrada na pessoa**: relação terapêutica e processo de mudança. 2005.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103401419990001000 07&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 Set. 2015.

SCHOENBAUM, Davis K, SC, Audet A. A 2020 vision of patient centered primary care*.* **J Gen Intern Med***.,* v.20, p.953ï 7, 2005.

SCHULMAN-GREEN, Dena J. *et al*. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. **Patient education and counseling**, v. 63, n. 1, p. 145-151, 2006.

STRATFORD, Paul *et al.* Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. **Physiotherapy canada**, v. 47, n. 4, p. 258-263, 1995.

SUMSION, Thelma. **Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation**. 2006.

TEIXEIRA, I.K.D.A.O. Terapia Ocupacional Centrada no Cliente: uma estratégia para a reabilitação do idoso com hemiparesia. *Client-centered occupational therapy: a strategy for rehabilitation of the aged with hemiparesis.* **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** v.20, n.3, 2007.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D.'Aquino Oliveira. Terapia ocupacional centrada no cliente: uma estratégia para a reabilitação do idoso com hemiparesia. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 189-192, 2007.

TURNER-STOKES, L. **Goal Attainment Scaling (GAS) in Rehabilitation**: a practical guide. University of London, 2003.

TURNER-STOKES, Lynne. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. **Clinical rehabilitation**, 2009.

VALVANO, Joanne. Activity-focused motor interventions for children with neurological conditions. **Physical & occupational therapy in pediatrics**, v. 24, n. 1-2, p. 79-107, 2004.

WADE, Derick T. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. **Clinical Rehabilitation**, v. 23, n. 4, p. 291-295, 2009.

WADE, Derick T.; DE JONG, Bareld A. Recent advances: Recent advances in rehabilitation. **BMJ: British Medical Journal**, v. 320, n. 7246, p. 1385, 2000.

WEBB, Patrick M.; GLUECKAUF, Robert L. The effects of direct involvement in goal setting on rehabilitation outcome for persons with traumatic brain injuries**. Rehabilitation Psychology**, v. 39, n. 3, p. 179, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health:** ICF. World Health Organization, 2001.

WRESSLE, Ewa *et al.* Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 34, n. 1, p. 5-11, 2002.

YEHESKEL, Ayala *et al*. A Course for Teaching Patient-centered Medicine to Family Medicine Residents. **Academic medicine**, v. 75, n. 5, p. 494-497, 2000.

YOUNG, Carolyn A.; MANMATHAN, Gavin P.; WARD, James CR. Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 40, n. 3, p. 190-194, 2008.