

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Caroline da Rosa Mendes

**AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO EM
ADULTOS COM LESÕES ORTOPÉDICAS**

Santa Maria, RS
2018

Caroline da Rosa Mendes

**AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO EM ADULTOS
COM LESÕES ORTOPÉDICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Miriam Cabrera Corvelo Delboni
Coorientadora: Nathalie da Costa Nascimento

Santa Maria, RS
2018

Caroline da Rosa Mendes

**AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO EM ADULTOS
COM LESÕES ORTOPÉDICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Aprovado em 13 de Dezembro de 2018:

Miriam Cabrera Corvelo Delboni, Dra. (UNISC/ UMinho)
(Orientadora)

Nathalie da Costa Nascimento (UFSM)
(Coorientadora)

Kátine Marchezan Estivalet (UFSM)

Bárbara Santos Luccas Duarte (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

Agradecimentos

Gostaria de agradecer e dedicar esse estudo as seguintes pessoas:

A minha mãe Maria Colomé da Rosa, ao meu pai Carlos Mendes e aos meus irmãos Fernando da Rosa Mendes e Guilherme da Rosa Mendes pelo amor e apoio incondicional.

Ao meu namorado pelo amor, paciência, ajuda e companheirismo em todos os momentos.

A Prof. Dra. Miriam Cabrera Corvelo Delboni pela oportunidade e apoio na elaboração dessa pesquisa.

A Terapeuta Ocupacional Nathalie da Costa Nascimento e a colega Luiza Lima da Silva pela contribuição valiosa no projeto desta pesquisa.

As Terapeutas Ocupacionais Bárbara Santos Luccas Duarte e Kátine Marchezan Estivalet a terem disponibilidade de avaliar e contribuir com a minha pesquisa.

E aos demais colegas companheiros de trabalhos e irmãos na amizade.

Avaliação do Índice de Funcionalidade Brasileiro em Adultos com Lesões Ortopédicas

Evaluation of the Brazilian Functionality Index in Adults with Orthopedic Injuries

Autores:

Caroline da Rosa Mendes¹

Miriam Cabrera Corvelo Delboni²

¹Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: carolinerosamendes@gmail.com.

²Doutora em Desenvolvimento Regional (UNISC) e Doutora Sanduíche na Universidade do Minho (Braga/ Portugal) e Docente Adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: miriamdelboni@gmail.com

Contato: Caroline da Rosa Mendes, Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Avenida Roraima, 1000, Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: carolinerosamendes@gmail.com. Telefone: (55) 99170-1022.

Fonte de Financiamento: Não recebeu financiamento.

Contribuições dos Autores: Caroline da Rosa Mendes responsável pela redação do texto, fonte de pesquisa e estruturação. Miriam Cabrera Corvelo Delboni responsável pela redação do texto, fonte da pesquisa e revisão do texto final.

Material de pesquisa, original e inédita. O texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista. A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética e Pesquisa, da referida universidade, sob o número 97504718.8.0000.5346 e que de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde tem em vista os aspectos éticos de confidencialidade e privacidade das informações prestadas mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa não foi apresentada em congressos, seminários, simpósios ou similares.

Avaliação do Índice de Funcionalidade Brasileiro em Adultos com Lesões Ortopédicas

Caroline da Rosa Mendes¹, Miriam Cabrera Corvelo Delboni² Nathalie da Costa Nascimento³

¹Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria – RS, Brasil.

² Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria – RS, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria – RS, Brasil.

Resumo: Introdução: O Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br) é um instrumento que investiga e mensura o grau de funcionalidade de indivíduos com diferentes características e condições socioeconômicas. Sua estrutura é planejada para que possa investigar de forma ampla, não só questões corpóreas, mas também questões do ambiente, da cultura e as condições sociais, identificando barreiras que impedem a livre participação ocupacional das pessoas com deficiência no Brasil. Objetivo: Identificar os acometimentos funcionais dos clientes adultos com lesões ortopédicas, traçar o perfil sociodemográfico e as barreiras para a participação social dos clientes atendidos no Ambulatório de Disfunções Ocupacionais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Métodos: Pesquisa quantitativa, realizada com 13 clientes, por meio do instrumento IF-Br, no período de outubro a novembro de 2018. Resultados: O estudo revela que a maioria dos clientes atendidos no ambulatório são homens, com média de idade de 55,3 anos. Verificou-se que a maioria dos traumas são ocasionados por acidentes externos e que as barreiras encontradas se direcionaram para a educação, trabalho e vida econômica. Conclusão: O IF-Br mostrou-se uma opção de escolha para que os terapeutas ocupacionais possam incluir em suas pesquisas e atendimentos cotidianos, sendo que a sua extensa avaliação pode ser impeditiva para sua aplicação na prática cotidiana. No entanto, terapeutas ocupacionais que atuam na promoção da busca da justiça ocupacional precisam avançar em outras direções que complementem suas compreensões sobre as reais barreiras enfrentadas por seus clientes que vão além das físicas e atitudinais.

Palavras- Chave: *Pessoas com deficiência, Participação social, CIF, Traumatologia.*

Evaluation of the Brazilian Functionality Index in Adults with Orthopedic Injuries

Abstract: Introduction: The Brazilian Functionality Index (IF-Br) is an instrument that investigates and measures the degree of functionality of individuals with different characteristics and socioeconomic conditions. Its structure is designed so that it can investigate broadly, not only corporeal issues, but also environmental, cultural and social conditions, identifying barriers that impede the free occupational participation of people with disabilities in Brazil. Objective: To identify the functional disorders of adult clients with orthopedic injuries, to describe the sociodemographic profile and the barriers to social participation of the clients served at the Occupational Dysfunction Clinic of the Federal University of Santa Maria (UFSM). Methods: Quantitative research with 13 clients, using the IF-Br instrument, from October to November, 2018. Results: The study shows that the majority of the clients attending the outpatient clinic are men, with a mean age of 55.3 years. It was found that most of the traumas are caused by external accidents and that the barriers found were directed to education, work and economic life. Conclusion: IF-Br has proven to be an option for occupational therapists to include in their daily research and care, and their extensive evaluation may be impeding their application in everyday practice. However, occupational therapists who work to promote the pursuit of occupational justice need to move in other directions that complement their understanding of the real barriers faced by their clients that go beyond physical and attitudinal.

Keywords: *Disabled people. Social participation. CIF. Traumatology.*

Autor para correspondência: Caroline da Rosa Mendes, Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Avenida Roraima, 1000, Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria, RS, e-mail: carolinerosamendes@gmail.com

1. Introdução

O trauma é responsável por alterações estruturais e fisiológicas no organismo, mediante a colisão entre o corpo e o meio externo. Como consequência, além das limitações funcionais, a vítima sofre com as barreiras para a participação social e econômica (SANTOS et al., 2016).

Nessa perspectiva, os clientes sofrem com diversas privações ocupacionais anteriormente praticadas sem nenhuma barreira ou restrição. Os terapeutas ocupacionais avaliam os componentes físicos, motores, sensoriais, cognitivos e emocionais e outros (MAGALHÃES et al, 2009). Identificam barreiras físicas e atitudinais (MÂNGIA et al, 2008), e demais situações que sejam necessários para comporem juntamente com seus clientes uma proposta de intervenção para o alcance da participação social desejada pelo cliente. Essa participação social é mediada segundo as atividades significativas para cada sujeito, promovendo a justiça ocupacional e prevenindo a possível alienação ocupacional, tão comum para aqueles que se afastam de suas atividades cotidianas tão singular a cada um (TOWNSEND; MARVAL, 2013).

A alta incidência do trauma pode se tornar um grave problema de saúde pública

no Brasil. Segundo Credo e Felix (2012) o alto custo com a recuperação e a piora da qualidade de vida são fatores que preocupam o Estado. Em 2010 foram registrados 23.960 óbitos pelo Sistema Único de Saúde. (SETTERVALL et al., 2012).

A Terapia Ocupacional tem como objetivo auxiliar o paciente, mesmo com suas limitações, a explorar seus potenciais funcionais máximos garantindo autonomia e independência diante das suas ocupações e muitas vezes essas ações auxiliam na redução do tempo prolongado de afastamento do trabalho, reduzindo a oneração do Estado na previdência social do trabalhador. Ou seja, o profissional auxilia na restauração das funções, habilitando-o ou reabilitando-o quando ele apresenta disfunção ou incapacidade física atuando em prol da promoção da participação social do cliente. (LUZO; LOURENÇÃO; ELUI, 2004). Esses procedimentos terapêuticos ocupacionais são praticados no Ambulatório de Disfunções Ocupacionais, local da pesquisa, onde são atendidos clientes encaminhados do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

À vista disso, para aprimorar-se e atualizar-se em relação aos instrumentos avaliativos utilizados pelos profissionais de saúde e também contribuir para um tratamento amplo é que foram escolhidos

para essa pesquisa, os clientes com sequelas ortopédicas atendidos no ambulatório. Diante do exposto o objetivo dessa pesquisa foi identificar os acometimentos funcionais dos clientes adultos com lesões ortopédicas, traçar o perfil sociodemográfico e as barreiras para a participação social dos clientes atendidos no Ambulatório de Disfunções Ocupacionais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

2. Métodos

A pesquisa caracteriza-se como quantitativa onde foi possível mensurar, através de método estatístico (Excel) os processos envolvidos na coleta de informações e dirigir-se para um questionamento descritivo. Dela participaram 13 clientes, (denominados nesse estudo por C1 à C13) atendidos no Ambulatório de Terapia Ocupacional da UFSM, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos. No ambulatório são atendidos clientes com diversas patologias pelos (as) estagiários (as) de Terapia Ocupacional. Os tratamentos são direcionados a diferentes incapacidades e disfunções ocupacionais junto a clientes adultos que sofreram com lesões e em idade produtiva de trabalho. Salienta-se que, além desses, o critério de inclusão na pesquisa eram pessoas com deficiência que apresentavam distúrbios traumático-

ortopédicos. Para melhorar a análise da pesquisa e a transcrição da mesma nos quadros apresentados foram realizadas algumas alterações e modificações de perguntas e respostas do instrumento.

O processo de coleta foi realizado no período de outubro a novembro, nas segundas e quintas-feiras. As perguntas foram realizadas de forma individual, em uma das salas disponibilizada no Ambulatório de Terapia Ocupacional (HUSM), assim respeitando o sigilo das informações prestadas.

O instrumento utilizado para esse estudo foi o Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br) desenvolvido em 2011 e concluído em 2012 pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (FRANZOI, et al., 2013). O instrumento foi desenvolvido com base na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade em Saúde (CIF) (FARIAS; BUCHALLA, 2005) e tem como objetivo identificar e valorar o grau de funcionalidade de indivíduos com diferentes características e condições socioeconômicas distintas. (FRANZOI et al., 2013). Dessa forma, os profissionais da área de saúde podem usufruir de um instrumento brasileiro.

O IF-Br organiza as perguntas em três blocos. O primeiro bloco é um “*checklist*”, com 20 perguntas, que investiga as funções corporais acometidas.

O segundo bloco, com 16 perguntas fechadas e 4 abertas, se direciona a questões socioeconômicas. E o terceiro bloco, com perguntas fechadas, investiga as barreiras e a participação para fins de obtenção do escore. Nesse último, são apresentadas 41 atividades divididas em 7 domínios. Os domínios apresentam uma quantidade variável de atividades.

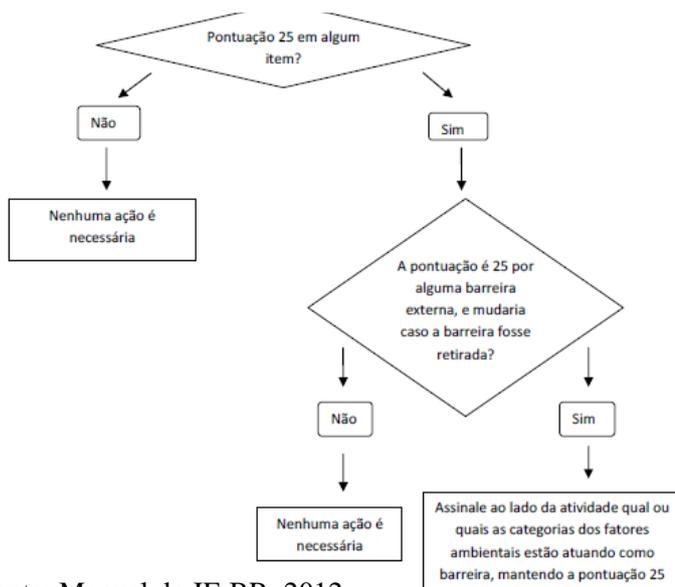
A pontuação para investigação das barreiras varia de 25 a 100 conforme o nível de independência do entrevistado. A pontuação de 25 representa a dependência total de terceiros. A pontuação 50 expressa que a pessoa participa de uma etapa da atividade, mas precisa de auxílio e supervisão. A pontuação 75 significa que o sujeito realiza a atividade de forma independente, mas com auxílio de uma adaptação ou modificação. E a pontuação 100 corresponde a independência total. Conforme a figura 1 se uma atividade pontuar 25 deve-se investigar com o

entrevistado, assinalar ao lado dessa atividade, se há uma ou mais barreiras externas que o impede de realizar a atividade.

As barreiras apresentadas As barreiras apresentadas para fins de identificação no IF-br são divididas em 5 categorias: Produtos e Tecnologia, Ambiente, Apoio e Relacionamentos, Atitudes e Serviços, Sistemas e Políticas.

Os Produtos e Tecnologia dizem respeito a qualquer material adaptado ou fabricado para a melhora da funcionalidade dos clientes. O Ambiente é o espaço físico e natural no qual estamos inseridos, engloba o aspecto geográfico, populacionais, fauna, flora, etc. Apoio e Relacionamentos referem-se às pessoas ou animais que concedem apoio estrutural, emocional, educacional, assistencial e de relacionamento com outras pessoas em todos os aspectos da vida cotidiana. As atitudes dizem respeito, por exemplo, a discriminação de pessoas não deficientes para com as Pessoas Com Deficiência. Os Serviços, Sistemas e Políticas são as redes que garantem proteção social. Tem-se, como exemplos, serviços públicos de saúde, água, energia, leis de acessibilidade, cotas e etc. (MANUAL IF-Br, 2012).

Figura 1. Instruções para identificação de fatores externos



Fonte: Manual do IF-BR, 2012.

3. Resultados e Discussões

Na figura 2 apresentam-se os dados pessoais e sociodemográficos. Nela os 13 clientes entrevistados são identificados de C1 a C13. Também são dispostos, sexo,

idade, cor, nível de educação, ocupação anterior à lesão, CID causa, região da seqüela e tipo de deficiência.

Figura 2. Dados Pessoais e Sociodemográficos dos Avaliados

Sujeito	Sexo	Idade	Cor	Nível de Educação	Ocupação Anterior a Lesão	CID Causa	Região da Sequela	Tipo de Deficiência
C1	F	63	Branca	E.F.I	Domestica	Síndrome do Túnel do Carpo Bilateral	MMSS	Motora
C2	M	58	Branca	E.F.I	Agricultor	Acidente de Trabalho	MMII	Motora
C3	M	68	Branca	E.M.C	Gerente de Industria de Alimentos	Acidente Motociclístico	MMSS	Motora
C4	F	49	Branca	E.M.C	Técnica de Enfermagem	Ferimento por Arma de Fogo	MMSS	Motora
C5	M	60	Preta	E.F.C	Chapeador Automotivo	Ferimento por Arma Branca	MMSS	Motora
C6	M	54	Branca	E.M.C	Pedreiro	Acidente de Trabalho	MMSS	Motora e Visual
C7	M	54	Branca	E.M.I	Eletricista	Acidente Motociclístico	MMSS	Motora
C8	F	68	Branca	E.F.I	Diarista	Queda da Própria Altura	MMSS	Motora
C9	M	40	Branca	E.F.C	Garçom	Acidente de Motociclístico	MMSS	Motora
C10	F	51	Branca	E.F.C	Auxiliar de Manipulação de Alimentos	Acidente de Trabalho	MMSS	Motora
C11	F	56	Branca	E.M.I	Do lar	Síndrome do Túnel do Carpo	MMSS	Motora
C12	M	49	Parda	E.F.I	Auxiliar de Manutenção	Acidente Doméstico	MMSS	Motora
C13	M	49	Branca	E.F.I	Auxiliar Topográfico	Ferimento por Arma Branca	MMSS	Motora

Legenda: S: Sujeito, EFC: Ensino Fundamental Completo, EFI: Ensino Fundamental Incompleto, EMC: Ensino Médio Completo, EMI: Ensino Médio Incompleto, MMSS: Membros Superiores, MMII: Membros Inferiores.

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir do IF-Br

Observa-se na figura 2 que os clientes do sexo masculino, atendidos no Ambulatório de Terapia Ocupacional do HUSM são em maior incidência em relação ao sexo feminino. São oito clientes homens (61,54%) e cinco clientes mulheres (38,46%). A média de idade é de

55,3 anos com faixa dos 40 anos até os 68 anos de idade. Porém, na pesquisa de David et al. (2017) realizada com 174 clientes atendidos na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade de São Francisco no Setor de Ortopedia e Traumatologia o número de clientes mulheres (57,47%) foi

predominante em relação ao número de clientes homens (42,53 %). Essa diferença pode estar relacionada à organização e desenvolvimento de cada região, como por exemplo, as diferenças de condição de vida, das ocupações, da procura de serviços de saúde, entre outros.

Nesse estudo tem-se que 84,61% dos clientes são da cor branca, sendo 7,69% da cor negra e 7,69% parda. As atividades profissionais dos Clientes, anteriores a lesão, são: doméstica, agricultor, gerente de indústria de alimentos, técnica de enfermagem, chapeador automotivo, pedreiro, eletricista, diarista, garçom, auxiliar de manutenção de alimentos, do lar, auxiliar de manutenção e auxiliar topográfico. O nível de educação com maior incidência corresponde ao Ensino Fundamental Incompleto (38,46%) seguido pelo Ensino Fundamental Completo (23,07%) e Ensino Médio Completo (23,07%), dessa forma o nível de educação em menor incidência corresponde ao Ensino Médio Incompleto (15,38%). Podemos analisar aqui que os níveis de educação podem influenciar diretamente nas ocupações dos clientes, essas que se apresentaram de forma variada, tendo apenas um paciente com curso técnico.

As maiores incidências de traumas estão relacionadas a acidentes de trabalho (23,07%) e acidentes motociclísticos (23,07%), os demais estão representados

pela Síndrome do Túnel do Carpo (15,38%), ferimento por arma branca (15,38%), ferimento por arma de fogo (7,69%), queda da própria altura (7,69%) e acidente doméstico (7,69%). Logo, a maior prevalência de trauma é de origem externa que também é demonstrada no estudo epidemiológico de Domingues e Danaga (2014) sobre os clientes com lesões traumato- ortopédicas assistidos no serviço ambulatorial de fisioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Avaré (São Paulo). As principais causas são os acidentes domésticos (47%), motociclístico (66%), trabalho (23%), automobilístico (3%) e bicicleta (4%).

Em relação às regiões afetadas as de maior incidência estão às relacionadas aos membros superiores 92,30%. Os Membros inferiores apresentaram 7,69%.

O IF-Br apresenta cinco tipos de deficiência, são elas: deficiência auditiva, intelecto cognitiva, mental, motora e visual. Dessas foi possível identificar que 100% correspondem à deficiência motora e 7,69% correspondem à deficiência visual.

A figura 3 descreve as oito funções corporais existentes no instrumento. Elas foram assinaladas de acordo com as respostas dos clientes e correspondem às funções corporais acometidas, são elas: Funções Mentais, Funções Sensoriais e Dor, Funções da Voz e da Fala, Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico,

Imunológico e Respiratório, Funções do Sistema Digestivo, Metabólico e Endócrino, Funções Genitourinárias e Reprodutivas, Funções Neuromusculares e Relacionadas ao Movimento, Funções da Pele e Estruturas Relacionadas.

As Funções Mentais classificam-se em 2 categorias: Funções Mentais Globais (consciência, orientação (tempo, lugar,

pessoa), intelectuais (inclui retardo mental e demência), psicossociais globais (inclui autismo), temperamento e personalidade, energias e impulsos, etc.) e Funções Mentais Específicas (atenção, memória, psicomotoras, emocionais, percepção, pensamento, funções executivas, linguagem, cálculo, sequenciamento de movimentos complexos (inclui apraxia),

Figura 3. Funções Corporais Acometidas

Funções Corporais Acometidas	Tipos de Funções Acometidas	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
1. Funções Mentais	Globais													
	Específicas	X				X								
2. Funções Sensoriais e Dor	Visão e Funções Relacionadas				X		X					X	X	
	Auditivas													X
	Vestibulares		X											
	Dor	X	X					X	X					X
	Sensoriais adicionais					X					X		X	X
3. Funções da voz e da fala	Voz, articulação, fluência, ritmo da fala.													
4. Funções do Sistema Cardiovascular Hematológico, Imunológico e Respiratório	Cardiovascular													
	Hematológico													
	Imunológico													
	Respiratório													X
5. Funções do Sistema Digestivo, Metabólico e Endócrino	Digestivo													
	Metabolismo e Endócrino													
6. Funções Genitourinárias e Reprodutivas	Urinária													X
	Genitais e Reprodutivas													
7. Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas ao Movimento	Articulações e ossos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Musculares	X	X	X	X			X			X	X		X
	Movimentos	X	X	X	X	X		X	X			X	X	X
8. Funções da Pele e estruturas Relacionadas	Pele, pelos e unhas		X								X			

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir do IF-Br

experiência pessoal e do tempo). As Funções Mentais foram a de menor incidência visto que as Funções Globais não pontuaram no instrumento, apenas as Específicas apresentando 15,38% do total.

As Funções Sensoriais e Dor se classificam em cinco categorias: Visão e Funções Relacionadas (acuidade visual, campo visual, funções dos músculos internos e externos do olho, etc.), Funções Auditivas (detecção, discriminação, localização do som e da fala), Funções Vestibulares (relacionadas a posição, equilíbrio e movimento), Dor (generalizada ou localizada) e Funções Sensoriais Adicionais (gustativa, proprioceptiva, tátil, à dor, temperatura). Dentre essas as de menor incidência são as Auditivas e Vestibulares apresentando cada uma 7,69%. As Funções da Visão e Sensoriais Adicionais apresentam cada uma 30,76%. As de maior incidência correspondem as Funções da Dor apresentando 38,46%.

Não há indicações em relação às Funções da Voz e da Fala, as quais correspondem a uma categoria que engloba a voz, a articulação, a fluência e o ritmo. Na mesma condição estão às funções relacionadas aos Sistemas Digestivo, Metabólico e Endócrino. Também não foram identificadas disfunções nos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório, porém desses o único que apresenta resultado é o

Sistema Respiratório correspondendo a 7,69%, ou seja, apenas uma dos treze clientes apresenta essa alteração. O mesmo é identificado nas Funções Genitourinárias e Reprodutivas, onde um cliente apresenta alteração nas funções Genitourinárias o que corresponde a 7,69%.

As funções da Pele e Estruturas Relacionadas correspondem a 15,38%. E apresenta-se no instrumento de forma ampla, em uma só categoria, dizem respeito às funções da pele, pelos e unhas. Observa-se que a maior incidência se atribui as Funções Neuromusculares Esqueléticas e Relacionadas ao Movimento. Elas correspondem as Funções das Articulações e Ossos (92,30%), seguidas pelas Funções dos Movimentos (76,92%) e pelas Funções Musculares (61,53%). Elas são representativas também no estudo de Toudrá e Souto (2014) sobre a análise, através da CIF, das implicações da aquisição da deficiência nas situações vividas por pessoas atendidas pela terapia ocupacional. No estudo dos autores as Funções Neuromusculares e Relacionadas ao Movimento são representadas pelas Funções relacionadas a Força Muscular (100%), Funções relacionadas ao controle de movimentos voluntários (100%) e Funções relacionadas ao Padrão da Marcha (100%). Podemos analisar também, com propósito comparativo, que na pesquisa

desses autores também foram identificadas menores incidências nas Funções da Voz e da Fala (27,27%) e nas Funções Genitourinárias e Reprodutivas (18,18%).

A figura 4 representa o último bloco do

instrumento onde é possível investigar o nível de dependência e independência nas atividades. São quarenta e uma atividades divididas em sete domínios.

Figura 4. Investigação dos níveis dependência e independência nas atividades.

Atividades e Participações		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
1.Domínio Sensorial	1.1 Observar	75	75	75	100	100	25	100	75	100	100	75	75	100
	2.2 Ouvir	75	75	75	100	100	75	100	100	100	100	100	50	100
2.Domínio Comunicação	2.1 Comunicar-se/Recepção de mensagens	100	100	75	100	100	100	100	75	100	100	100	100	100
	2.2 Mudar-se/Produção de mensagens	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	75	100
	2.3 Conversar	100	100	100	100	100	100	75	100	100	100	100	100	100
	2.4 Discutir	75	100	75	100	100	75	100	100	100	100	100	100	100
	2.5 Utilização de dispositivos de comunicação à distância	100	50	100	100	100	25	75	75	100	100	100	50	50
3. Domínio Mobilidade	3.1 Mudar e manter a posição do corpo	75	75	100	75	100	50	75	100	100	100	100	50	100
	3.2 Alcançar, transportar e mover objetos	100	100	50	75	75	50	100	50	50	75	100	100	25
	3.3 Movimentos finos da mão	75	100	25	75	25	50	25	75	50	75	100	50	50
	3.4 Deslocar-se dentro de casa	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50
	3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios	75	75	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	50
	3.7 Utilizar transporte coletivo	50	75	100	100	100	50	100	100	100	100	100	100	50
	3.8 Utilizar transporte individual como passageiro	50	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4. Domínio Cuidados Pessoais	4.1 Lavar-se	100	100	100	100	100	100	75	100	100	75	100	100	75
	4.2 Cuidar das partes do corpo	100	100	100	100	100	50	75	100	100	100	100	100	75
	4.3 Regulação da Micção	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	4.4 Regulação da defecação	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	4.5 Vestir-se	100	100	100	50	100	50	75	100	50	100	100	50	75
	4.6 Comer	100	100	100	50	100	100	50	100	100	50	100	100	100
	4.7 Beber	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100	100
	4.8 Capacidade de identificar agravos à saúde	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Legenda: S: Clientes

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir do IF-Br

Continua...

Figura 4. Continuação...

Atividades e Participações		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13
5. Domínio Vida Doméstica	5.1 Preparar refeições tipo lanches	100	100	100	100	100	100	25	100	100	100	100	100	75
	5.2. Cozinhar	100	50	100	100	100	100	25	100	100	25	100	25	25
	5.3 Realizar tarefas domésticas	100	100	100	75	100	100	25	100	50	50	75	100	75
	5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos e utensílios da casa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	100	75
	5.5 Cuidar dos outros	100	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	50
6. Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica	6.1 Educação	50	50	100	100	100	25	25	50	100	100	100	25	100
	6.2. Qualificação Profissional	50	50	100	100	25	25	25	50	100	100	100	25	100
	6.3 Trabalho remunerado	50	50	100	100	25	100	25	50	100	25	100	25	25
	6.4 Fazer compras e contratar serviços	100	100	100	100	100	100	25	100	100	50	100	25	25
	6.5 Administração de recursos Econômicos Pessoais	100	100	100	100	100	100	25	100	100	100	100	100	100
7. Domínio Socialização e Vida Comunitária	7.1 Regular o comportamento nas interações	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	7.2 Interagir de acordo com as regras sociais	100	100	100	100	100	75	100	75	100	100	100	100	100
	7.3 Relacionamentos com estranhos	75	100	100	100	100	50	100	100	100	75	100	100	100
	7.4 Relacionamentos familiares e com pessoas familiares	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	7.5 Relacionamentos íntimos	100	100	100	100	25	100	100	100	100	100	100	100	75
	7.6 Socialização	100	100	100	100	75	50	100	100	100	75	100	100	100
	7.7 Fazer as próprias escolhas	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	75	100
	7.8 Vida Política e Cidadania	50	50	100	100	100	50	25	50	100	100	100	25	100

Legenda: S: Clientes

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir do IF-Br

Na tabela 4 apresentada acima tem-se que o primeiro domínio é o Sensorial, o qual corresponde às atividades de ouvir e observar. O segundo domínio Comunicação corresponde às atividades comunicar-se ou recepção de mensagens,

comunicar-se ou produção de mensagens, conversar, discutir e a utilização de dispositivos de comunicação à distância. O terceiro domínio é o de Mobilidade e divide-se em mudar e manter a posição do corpo, alcançar, transportar e mover

objetos, movimentos finos da mão, deslocar-se dentro de casa, deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa, deslocar-se fora da sua casa e de outros edifícios, utilizar transporte coletivo e utilizar transporte individual como passageiro. O quarto domínio Cuidados Pessoais divide-se em lavar-se, cuidar de partes do corpo, regulação da micção, regulação da defecação, vestir-se, comer, beber e a capacidade de identificar agravos à saúde. O quinto domínio Vida Doméstica refere-se a preparar refeições tipos lanches, cozinhar, realizar tarefas domésticas, manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa e cuidar dos outros. O sexto domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica dizem respeito às atividades de educação, qualificação profissional, trabalho remunerado, fazer compras e contratar serviços, administração de recursos econômicos e pessoais. O último e sétimo domínio é o de Socialização e Vida Comunitária o qual corresponde a regular o comportamento nas interações, interagir de acordo com as regras sociais, relacionamento com estranhos, relacionamentos familiares e com pessoas familiares, relacionamentos íntimos, socialização, fazer as próprias escolhas e vida política e cidadania.

A figura 5 disposta a seguir diz respeito ao número total de barreiras encontradas em cada domínio.

No Domínio Sensorial (Atividade: observar) há uma barreira relacionada a Produtos e Tecnologias. No Domínio Comunicação (Atividade: utilização de dispositivos de comunicação à distância) há uma barreira relacionada a Produtos e Tecnologia. No Domínio Mobilidade (Atividades: mudar e manter a posição do corpo e movimentos finos da mão) foram identificadas quatro barreiras, dessas três correspondem a barreira Produtos e Tecnologia e uma a Ambiente. No Domínio Cuidados Pessoais não foram encontradas barreiras. No Domínio Vida Doméstica (Atividades: preparar refeições tipo lanches, cozinhar, realizar tarefas domésticas) foram encontradas quatorze barreiras, dessas três em Produtos e Tecnologia, três em Ambiente, quatro em Apoio e Relacionamentos e quatro em Atitudes. No Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica (Atividades: educação, qualificação profissional, trabalho remunerado, fazer compras, contratar serviços, administração de recursos econômicos e pessoais) foram encontradas vinte e uma barreiras, quatro em Produtos e Tecnologia, três em Ambiente, uma em Apoio e Relacionamentos, quatro em atitudes e nove em Sistemas e Políticas. No Domínio Socialização e Vida Comunitária foram encontradas três barreiras, uma em Apoio e Relacionamentos e duas em Atitude.

Figura 5. Número de barreiras identificadas.

Atividades e Participações		P e T	Anb	A e R	At	S S e P
1.Domínio Sensorial	1.1 Observar	1				
	2.2 Ouvir					
2.Domínio Comunicação	2.1 Comunicar-se/ Recepção de mensagens					
	2.2 Comunicar-se/ Produção de mensagens					
	2.3 Conversar					
	2.4 Discutir					
	2.5 Utilização de dispositivos de comunicação à distância	1				
3.Domínio Mobilidade	3.1 Mudar e manter a posição do corpo	1				
	3.2 Alcançar, transportar e mover objetos					
	3.3 Movimentos finos da mão	2	1			
	3.4 Deslocar-se dentro de casa					
	3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa					
	3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios					
	3.7 Utilizar transporte coletivo					
	3.8 Utilizar transporte individual como passageiro					
4.Domínio Cuidados Pessoais	4.1 Lavar-se					
	4.2 Cuidar das partes do corpo					
	4.3 Regulação da Micção					
	4.4 Regulação da defecação					
	4.5 Vestir-se					
	4.6 Comer					
	4.7 Beber					
	4.8 Capacidade de identificar agravos à saúde					
5.Domínio Vida Doméstica	5.1 Preparar refeições tipo lanches			1	1	
	5.2. Cozinhar	3	3	2	2	
	5.3 Realizar tarefas domésticas			1	1	
	5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos e utensílios da casa					
	5.5 Cuidar dos outros					
6.Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica	6.1 Educação	1	1		1	1
	6.2. Qualificação Profissional	1	1		2	2
	6.3 Trabalho remunerado	2	1			3
	6.4 Fazer compras e contratar serviços			1	1	2
	6.5 Administração de recursos Econômicos Pessoais					1
7.Domínio Socialização e Vida Comunitária	7.1 Regular o comportamento nas interações			1	1	
	7.2 Interagir de acordo com as regras sociais					
	7.3 Relacionamentos com estranhos					
	7.4 Relacionamentos familiares e com pessoas familiares					
	7.5 Relacionamentos íntimos					
	7.6 Socialização					
	7.7 Fazer as próprias escolhas					
	7.8 Vida Política e Cidadania				1	

Legenda: S: Sujeito, P e T: Produtos e Tecnologia, Anb: Ambiente, A e R: Apoio e Relacionamentos, At: Atitudes, S S e P: Serviços, Sistemas e Políticas

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir do IF-Br

Considerando que a pontuação 25 corresponde à dependência total de terceiros, para realizar as atividades, o domínio educação, trabalho e vida econômica apresenta maior incidência (24,61%). Nesse foram identificadas vinte e uma barreiras externas (figura 5). Apesar dessas o número de atividades realizadas com independência se sobressaiu em todos os domínios. O domínio de cuidados pessoais foi o de maior incidência (83,65%) o qual não é identificada nenhuma barreira externa correspondente (figura 5). Diante do resultado é possível entender que o mesmo pode ser atribuído ao tempo de tratamento dos Clientes no ambulatório ou que os mesmos, apesar das limitações, conseguem realizar as atividades com independência.

4. Conclusão

O instrumento trás componentes importantes para identificar outros processos de adoecimentos não somente relacionados ao quadro ortopédico. É possível identificar as barreiras em outras áreas que podem ser menosprezadas pelos profissionais. Ele permitiu observar avanços no tratamento. E apesar dos Terapeutas Ocupacionais utilizarem avaliações dos mais diversos componentes do desempenho ocupacional para proporem tratamentos específicos de forma a alcançarem a participação social, muitas

vezes as questões socioeconômicas podem passar despercebidas e serem barreiras importantes constituídas como impeditivas para a promoção da justiça ocupacional. O IF-Br mostrou-se uma opção de escolha para que os terapeutas ocupacionais possam incluir em suas pesquisas e atendimentos cotidianos, sendo que a sua extensa avaliação pode ser impeditiva para sua aplicação na prática cotidiana.

No entanto, terapeutas ocupacionais devem atuar na promoção da busca da justiça ocupacional. Dessa forma, precisam avançar em outras direções que complementem suas compreensões sobre as reais barreiras enfrentadas por seus clientes que vão além das físicas e atitudinais.

Referências

CREDO, P. F. D.; FELIZ, J. V. C. Perfil dos Clientes Atendidos em um Hospital de Referência ao Trauma em Curitiba Implicações para a Enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 17, n.1, p.31-126, 2012.

DAVID, G. P. et al. Perfil Epidemiológico dos Clientes Atendidos no Setor de Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade de São Francisco. *Revista Ensaios USF*, São Paulo, v.1, n.1, p.46-57, 2017.

DOMINGUES, S.V.; DANAGA R. A. Perfil do Atendimento Fisioterapêutico no Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de Avaré- SP. *Revista Eletrônica de Educação e Ciência*, São Paulo, v. 04, n.1, 2014.

FARIAS, N., BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.2, p. 93-187, 2005.

FRANZOI, A. C. et al. Etapas de elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para cidadãos brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. *Revista Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 164- 178, 2013.

LUZO, M. C. M; LOURENÇÃO, M. I. P.; ELUI, V. M. C. Atuação Terapêutico- ocupacional Junto a Clientes com Comprometimentos Traumático ortopédicos. In: CARLO, M. M. R. P; LUZO, M. C. M. *Terapia Ocupacional Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p. 129-152.

MAGALHÃES, L. C.; MAGALHÃES, L. CARDOSO, A. A. Apresentação. In: LAW, M.; BAPTISTE, S.; CARSWEEL, A.; McCOLL, M. A.; POLATAJKO, H.; POLATAJKO, N. *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)*. Belo Horizonte:

Universidade Federal de Minas Gerais, 2009, p.11.

MÂNGIA, E. F.; MUTAMOTO, M. T.; LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.19, n.2, p. 121-130, maio/agosto, 2008.

SANTOS, S. F. L, et al. Estudo Epidemiológico do Trauma Ortopédico em um Serviço Público de Emergência. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.397-403, 2016.

SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA; SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. Manual do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br). *Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade*. 2012.

SETTERVALL, C. H. C. Mortes Evitáveis em Vítimas com Traumatismo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46. n.2, p. 75-367, 2012.

TONDRÁ, R. C.; SOUTO, A. C. F. Fatores Contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da aquisição de deficiência física por Pessoas Atendidas pela Terapia Ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da*

UFSCar, São Carlos, v. 22, n.2, p.347-459,
2014.

TOWNSEND, E.; MARVAL, R.
Can Profissionais Actually Enable

Occupational Justice?. *Cadernos de
Terapia Ocupacional da UFSCar*, São
Carlos, v.21, n.2, p. 2015-228, 2013.

ANEXO - FORMATAÇÃO DE ACORDO COM AS REGRAS DA REVISTA “CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL”

FORMATO

Textos em português, inglês ou espanhol, digitados em arquivo do programa Microsoft Word 2007 ou posterior, papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação.

Os textos submetidos deverão atender aos critérios de estruturação para a sua apresentação e estarem de acordo com as diretrizes apontadas a seguir. É sugerido aos autores que façam um *checklist* quanto à estrutura do texto antes de submetê-lo ao periódico. Os textos que não atenderem aos itens mencionados serão devolvidos aos autores para adequação anteriormente à avaliação pelos Editores de Seção. Seguem abaixo as diretrizes para elaboração da: 1) Folha de Rosto e 2) Estrutura do Texto.

1. Folha de rosto

Abrange as seguintes informações: título, autores, contato do autor responsável e/ou de correspondência (endereço institucional) e fonte de financiamento.

Título: Conciso e informativo. Em português e inglês. Quando o texto for apresentado em espanhol, o título deve ser apresentado nos três idiomas (espanhol, português e inglês).

Informar, em nota de rodapé, se o material é parte de pesquisa e/ou intervenção.

No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos éticos vigentes foram cumpridos. No caso de análise de intervenções, indicar se todos os procedimentos éticos necessários foram realizados. Informar, ainda, se o texto já foi apresentado em congressos, seminários, simpósios ou similares.

Autores: Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e afiliação institucional de cada autor (instituição, cidade, unidade da federação, país). O periódico aceita que sejam até cinco os autores do texto. Em casos devidamente justificados, um número maior de autores poderá ser aceito pelos Editores-Chefes.

Contato: Indicar autor responsável pela comunicação com a revista. Nome completo, endereço institucional (instituição, rua, CEP, cidade, unidade da federação, país), endereço eletrônico e telefone para contato.

Fonte de Financiamento: Os autores deverão informar se o trabalho recebeu ou não financiamento.

Agradecimentos: Se houver, devem vir ao final das referências.

Contribuição dos Autores: Os autores devem definir a contribuição efetiva de cada um no trabalho. Indicar qual a colaboração de cada autor com relação ao material enviado (i.e.: concepção do texto, organização de fontes e/ou análises, redação do texto, revisão etc.).

(CONTINUAÇÃO)

ANEXO - FORMATAÇÃO DE ACORDO COM AS REGRAS DA REVISTA “CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL”

Os autores deverão dispor em nota de rodapé a afirmação de que a contribuição é original e inédita e que o texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista.

2. Estrutura do Texto

Resumo e Abstract: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Preferencialmente, adotar explicitação da estrutura do trabalho, com colocação de subtítulos (Introdução, Objetivos, Método, Resultados e Conclusão). Devem preceder o texto e estar em português e inglês.

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa, apresentadas após o resumo e após o abstract, respectivamente. As palavras-chave deverão vir separadas por vírgulas. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde – <http://decs.bvs.br>) e/ou o Sociological Abstracts.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato .doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza. As tabelas devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento ou na forma de anexos.

Figuras: As figuras (diagramas, gráficos, quadros, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem ser encaminhadas como documentação suplementar, em arquivos separados e com a respectiva legenda. Todo diagrama, gráfico, quadros, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura.

Os textos podem apresentar no máximo cinco figuras e/ou tabelas.

Citações e Referências

Citações no texto: Quando o nome do autor estiver incluído na sentença, deve estar grafado com as iniciais maiúsculas e com a indicação da data. Ex: Segundo Silva (2009), [...]. Se o nome do autor vir entre parênteses, esse deve estar grafado em letras maiúsculas. Quando houver mais de um autor, os nomes devem estar separados por ponto e vírgula. Ex: (SILVA; SANTOS, 2010). Se os autores estiverem incluídos no corpo do texto/sentença, os nomes deverão vir separados pela letra “e”. Ex: Segundo Amarantes e Gomes (2003); Lima, Andrade e Costa (1999). Quando existirem mais de três autores em citações dentro ou fora dos parênteses, deve-se apresentar o primeiro autor seguido da expressão “et al.”. Toda a bibliografia utilizada e citada no texto deverá, obrigatoriamente, estar na lista de referências, assim como toda a lista de referências deverá estar citada no texto.

(CONTINUAÇÃO)

**ANEXO - FORMATAÇÃO DE ACORDO COM AS REGRAS DA REVISTA
“CADERNOS BRASILEIROS DE TERAPIA OCUPACIONAL”**

As citações diretas (transcrição textual de parte da obra do autor consultado) com menos de três linhas devem ser inseridas no corpo do texto entre aspas duplas; as citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas do texto com recuo de 4 cm da margem esquerda, com o tamanho da fonte um ponto menor que o da fonte utilizada no texto e sem aspas (nesses casos, é necessário especificar na citação a(s) página(s) da fonte consultada).

Referências: Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023/2002. Ao final do trabalho, as referências devem ser apresentadas e ordenadas alfabeticamente, conforme os exemplos:

- **Livro:**

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

- **Capítulo de livro:**

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

- **Artigo de periódico:**

LOPES, R. E. Terapia ocupacional em São Paulo: um percurso singular e geral. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 75-88, 2004.

- **Tese:**

MEDEIROS, M. H. R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional*. 2004. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

- **Documentos eletrônicos:**

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Cidades@*: São Carlos. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2008.