

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

TAMARA NEVES FINARDE

**CENÁRIO ATUAL DAS PRÁTICAS DE
REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE ADULTOS PELA
TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL**

SÃO CARLOS -SP
2026

TAMARA NEVES FINARDE

**CENÁRIO ATUAL DAS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL DE
ADULTOS PELA TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Terapia Ocupacional. Linha de pesquisa: Promoção do desenvolvimento humano nos contextos de vida diária.

Orientadora: Prof^a Dr^a Débora Couto de Melo Carrijo

São Carlos-SP
2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Finarde, Tamara Neves

Cenário atual das práticas de reabilitação funcional de adultos pela Terapia Ocupacional no Brasil / Tamara Neves Finarde -- 2025.

132f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Débora Couto de Melo Carrijo

Banca Examinadora: Dr^a Mariana Midori Sime, Dr^a

Claudia Martinez

Bibliografia

1. Terapia Ocupacional . 2. Práticas profissionais. 3. Reabilitação. I. Finarde, Tamara Neves. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

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

Folha de aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Tamara Neves Finarde, realizada em 30/07/2025.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Debora Couto de Melo Carrijo
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Prof.^a Dr.^a Mariana Midori Sime
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Prof.^a Dr.^a Claudia Martinez
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Dedico este trabalho a todos os colegas Terapeutas Ocupacionais os quais, de alguma forma, me fizeram investigar e entender sempre mais sobre nossa profissão.

AGRADECIMENTO

Imensurável forma de agradecer:

- ✓ À Deus, por me permitir seguir esta trajetória com muita perseverança e por todos os momentos de resiliência;
- ✓ À Professora Débora pelo cuidado desde o início, pelo contato constante, mesmo que distantes e em silêncios angustiantes, por respeitar e entender todos os meus sumiços, problemas, fraquezas e acima de qualquer coisa por perseverar e acreditar muito mais em mim do que eu mesma. Agradeço sua gentil e acolhedora forma de ensinar, educar e de cuidar. Sou grata por manter seu incentivo até o fim deste trabalho.
- ✓ À minha família, por me darem a certeza de que vai dar TUDO CERTO. Pelo apoio incondicional, paciência e por estarem sempre presentes. Cada palavra de incentivo e cada gesto de carinho foram fundamentais para que eu pudesse continuar. Este título também é de vocês.
- ✓ Ao meu companheiro e melhor amigo Paulo, maior incentivador que alguém poderia ter, agradecer é o mínimo que posso fazer, desde o princípio, quando o início era incerto até o final você esteve ao meu lado e me impulsionou todos os dias a conseguir alcançar cada degrau deste projeto; O universo conspirou para que tudo desse certo até a data do nosso casamento, e deu, agora vamos para o Altar, realizar o próximo sonho!
- ✓ Meus amigos, que tiveram pouquíssimo de mim durante este tempo, agradeço por me entenderem, apoiarem e mais do que tudo me incentivarem a permanecer e por tornarem os dias muito mais leves, vocês são incríveis.
- ✓ Às minhas eternas alunas, que se não fosse por elas, este projeto não teria iniciado. Agradeço por comporem a profissão comigo e por eu poder fazer parte da formação de cada uma. Me fizeram acreditar que este espaço acadêmico e formativo poderia ser para mim.
- ✓ Enfim, agradeço aos Terapeutas Ocupacionais que participaram, acreditaram e depositaram seu tempo neste projeto, que nos motiva e nos indaga quanto ao que temos feito, por onde estamos seguindo e qual o caminho deveremos percorrer daqui para a frente.
- ✓ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

As práticas da Terapia Ocupacional no campo da reabilitação física no Brasil, ao longo da história, têm se baseado em um conjunto de conhecimentos específicos da profissão, ao mesmo tempo em que sofrem influências das demandas dos serviços, da atualização das evidências científicas e das políticas nacionais e internacionais. As perspectivas dos modelos teóricos e os referenciais práticos também orientam essas práticas, em consonância com as produções acadêmicas. Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar a prática profissional de terapeutas ocupacionais que atuam na reabilitação física de adultos no Brasil. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, realizado em duas fases. A primeira consistiu na coleta de dados por meio de um questionário semiestruturado autoaplicável, elaborado por um grupo de pesquisadores e disponibilizado online via Google Forms®. A segunda fase envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas. Na primeira fase, a amostra foi composta por 109 terapeutas ocupacionais graduados atuantes na área de reabilitação física com a população adulta; na segunda, participaram 19 profissionais. Quanto à caracterização da amostra, 59% dos participantes têm entre 31 e 40 anos, e 64,8% possuem especialização, com destaque para cursos nas áreas de cadeira de rodas, tecnologia assistiva e órteses. Em relação aos serviços de atuação, 56,5% trabalham em centros de reabilitação e 44,4% em clínicas, sendo que a maioria está vinculada a dois ou mais serviços. Os profissionais utilizam, com maior frequência, instrumentos padronizados e também aqueles desenvolvidos nos próprios serviços. A Medida de Independência Funcional (MIF) foi mencionada por 56% da amostra; entretanto, considerando o conjunto de instrumentos citados, ela corresponde a 13,4% do total. Destaca-se que 63,5% dos instrumentos utilizados avaliam prioritariamente aspectos de estrutura e função corporal, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Entre as práticas terapêuticas mais mencionadas estão os exercícios, realizados por 75% dos respondentes. Os dados qualitativos evidenciaram que os contextos institucionais — incluindo os espaços de atuação, a gestão e a dinâmica dos serviços — impactam o trabalho do terapeuta ocupacional. Observou-se o domínio da linguagem da CIF como um recurso para

qualificar a comunicação em equipe, embora haja menor apropriação de modelos teóricos da Terapia Ocupacional e reflexão sobre sua relevância para a prática. Ainda assim, identifica-se a presença do elemento ocupação como orientador do raciocínio profissional. Embora a maioria dos profissionais relate formação complementar em tecnologia assistiva, sua utilização prática — incluindo prescrição, construção ou adaptação — não se mostra frequente. Conclui-se que o estudo oferece contribuições relevantes para o campo da reabilitação física em Terapia Ocupacional e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à reabilitação de adultos. Ademais, o instrumento de coleta de dados da primeira etapa mostrou-se importante para promover a reflexão dos profissionais sobre sua prática no contexto da saúde funcional e da reabilitação física.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Prática profissional, Reabilitação, Saúde do Adulto.

ABSTRACT

Occupational Therapy practices in the field of physical rehabilitation in Brazil have historically been grounded in a set of profession-specific knowledge, while also being influenced by service demands, the advancement of scientific evidence, and national and international policies. The perspectives of theoretical models and practical frameworks also guide these practices, in alignment with academic production. This study aims to characterize the professional practice of occupational therapists working in adult physical rehabilitation in Brazil. It is a quantitative and qualitative study with a descriptive and exploratory design, conducted in two phases. The first phase consisted of data collection through a self-administered semi-structured questionnaire, developed by a group of researchers and made available online via Google Forms®. The second phase involved semi-structured interviews. In the first phase, the sample consisted of 109 occupational therapists with undergraduate degrees who work in adult physical rehabilitation; in the second phase, 19 professionals were interviewed. Regarding sample characteristics, 59% of participants were between 31 and 40 years old, and 64.8% had completed postgraduate specialization programs, particularly in the areas of wheelchair provision, assistive technology, and orthoses. Concerning their workplaces, 56.5% were employed in rehabilitation centers and 44.4% in clinics, with most professionals working in two or more settings. Participants reported frequent use of both standardized instruments and tools developed within their own services. The Functional Independence Measure (FIM) was reported by 56% of the sample; however, when considering all instruments cited, it accounted for 13.4% of the total. Notably, 63.5% of the instruments primarily assess body structure and function domains, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Among the most frequently reported therapeutic practices were exercises, performed by 75% of respondents. Qualitative findings indicated that institutional contexts—including practice settings, management, and service dynamics—impact the work of occupational therapists. Mastery of the ICF framework was observed as a means to enhance team communication; however, there was limited appropriation of Occupational Therapy theoretical models and critical reflection on their relevance to practice. Nevertheless, the concept of occupation was identified as guiding professional reasoning. Although most professionals reported additional training in assistive technology, its practical application—such as prescription, fabrication, or adaptation—was not frequent. The study concludes that it provides relevant contributions to the field of physical rehabilitation in Occupational Therapy and supports the strengthening of public policies aimed at adult rehabilitation. Furthermore, the data collection instrument used in the first phase proved to be important in promoting professional reflection on practice within the context of functional health and physical rehabilitation.

Keyword: Adult Health; Rehabilitation; Occupational Therapy; Professional Practice

Índice de tabelas

Tabela 1 -Ano de formação dos participantes definido por décadas	52
Tabela 2 - Formações em pós-graduação	54
Tabela 3 – Expressões pelas quais a subárea da reabilitação é reconhecida pelos participantes da pesquisa	56
Tabela 4- Serviços em que os profissionais estavam inseridos	57
Tabela 5- Instrumentos de acordo com a frequência de citação	58
Tabela 6- Classificação dos instrumentos de avaliação de acordo com a CIF	60
Tabela 7- Aspectos elencados na avaliação e frequência.....	61
Tabela 8 - Aspectos elencados na avaliação e frequência relativa	62
Tabela 9 –Frequência dos objetivos descritos no plano terapêutico	63
Tabela 10– Recursos utilizados no desenvolvimento dos planos terapêuticos	64
Tabela 11- Práticas relacionadas à tecnologia assistiva	65
Tabela 12- Frequência de ações voltadas à saúde do trabalhador	65
Tabela 13- Frequência que desenvolvem orientações e/ou capacitações	66
Tabela 14- Idade dos participantes - etapa 3	69
Tabela 15- Cursos específicos da área	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição de faixa etária dos participantes.....	50
Gráfico 2 - Fonte de financiamento das instituições da graduação	51
Gráfico 3 - Instituições por regiões do país em que ocorreu a formação	51
Gráfico 4- Regiões do país em que os participantes atuam	52
Gráfico 5 - Distribuição de renda mensal dos participantes em salários mínimos.....	53
Gráfico 6- Distribuição em relação aos cursos realizados	55
Gráfico 7- Avaliações utilizadas	58
Gráfico 8- Classificação dos instrumentos de avaliação de acordo com os conceitos da CIF	60

Índice de quadros

Quadro 1 - Processo de validação de instrumento	48
Quadro 2- Descrição de recursos, técnicas ou abordagens utilizadas	67
Quadro 3- Resumo Temático – Análise de Uso da CIF e Instrumentos de avaliação.....	77
Quadro 4 Desafios e Potenciais Relacionados à Tecnologia Assistiva em Reabilitação Física	83

LISTA DE SIGLAS

AOTA- Associação Americana de Terapia Ocupacional

AIVD - Atividades instrumentais de vida diária

AVD - Atividades de vida diária

CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CO - OP - *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance*

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

IES - Instituições de ensino superior

LAFATec – Laboratório de Análise Funcional e Ajudas Técnicas

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOT - Terapia Orientada à Tarefa

TO - Terapia Ocupacional

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USP - Universidade de São Paulo

WFOT - World Federation of Occupational Therapy

Sumário

RESUMO	7
ABSTRACT	9
1 Apresentação	16
2 INTRODUÇÃO	18
2.1 O Cenário da Reabilitação diante das mudanças de paradigma.	18
2.2. Contexto histórico da Terapia Ocupacional e relações com a prática profissional no Brasil.	24
2.2 Raciocínio profissional e formação para práticas do terapeuta ocupacional na reabilitação física	25
2.3 Prática Profissional em Terapia Ocupacional e a reabilitação física	37
2. OBJETIVOS	41
2.1 Objetivo geral	41
2.2 Objetivos específicos	41
3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	42
3.1 Tipo de pesquisa	42
3.2 Aspectos éticos	42
3.3 População e amostra	43
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	43
3.5 Instrumentos de coleta de dados	44
3.6 Etapas da coleta de dados	44
3.7 Análise de dados	45
4 RESULTADOS	47
4.1 Etapa 1 - Validação de face e conteúdo	47
4.2 Etapa 2 – Resultados sobre a coleta com questionário	49
4.2.1 Caracterização sociodemográfica dos terapeutas ocupacionais participantes	50
4.2.2 Formação e contexto de atuação	53
4.2.3 Elementos da prática profissional dos terapeutas ocupacionais	57
4.3 Etapa 3 – Resultados sobre a coleta com entrevistas	69
4.3.1 Análise de dados qualitativos da etapa 3	70
5 DISCUSSÃO	88
5.1 Perfil e Formação dos Terapeutas Ocupacionais na Reabilitação Física ...	88
5.2 Distribuição de Atividades, Multifuncionalidade e Sobrecarga	90
5.3 Processo de Avaliação e Instrumentos Utilizados: Entre o Modelo Biomédico e a Abordagem Biopsicossocial	91
5.4 Tecnologia Assistiva: Formação, Demandas, Aplicação e Barreiras	93

5.5	Objetivos, Metas Clínicas e Estratégias de Intervenção na Perspectiva dos Usuários.....	94
5.6	Tensões Institucionais, Políticas Públicas, Desigualdade Regional e Desafios Futuros.....	95
5.7	Políticas Públicas e Linhas de Cuidado	97
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
7	REFERÊNCIAS	100
7. Apêndices.....		109
7.1	Apêndice A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido – Fase I	109
7.2	Apêndice B - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido – Fase 2	114
7.3	Apêndice C - Questionário semiestruturado Fase I.....	119
7.4	Apêndice D - Roteiro de entrevista semiestruturada – Fase II.....	130
7.5	Apêndice E - Lista de instrumentos citados pelos participantes.....	131

1 Apresentação

Uma breve apresentação da aluna que vos escreve, se faz necessário para entender por quais caminhos segui até chegar à apresentação desta dissertação.

Sou Tamara, tenho 33 anos, filha do Ivan e da Eliana, neta do Odair, Branca (em memória), Geni (em memória) e Ivo (em memória), noiva e futura esposa do Paulo Vinicius – me caso após dois dias da defesa do mestrado-, mãe de pet (Bolota), aprecio e estudo sobre cafés e vinhos, amo estar com amigos e minha família. Dentre todos esses papéis ocupacionais, tenho o de trabalhadora e estudante de mestrado em Terapia Ocupacional (TO).

Minha jornada na TO se iniciou em 2008 quando eu escolhi prestar o vestibular. Minha família me questionava sobre o que fazia um Terapeuta Ocupacional e, desde então eu lhes respondia, eu vou cuidar das pessoas, devolvê-las para sociedade com mais autonomia e independência. Eu entendi, logo no primeiro ano, que explicar o que era TO seria mais comum e necessário do que eu imaginava. Hoje em dia, devo explicar pelo menos umas 10 vezes por semana o que fazemos.

Iniciei na TO em 2009, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro e me formei em 2013. Meu primeiro trabalho, logo após a formatura, foi em um extinto programa da atenção básica então denominado Núcleo de Saúde da Família. Na sequência, a necessidade de me especializar em contextos hospitalares era vibrante e eu tinha certeza de que era o lugar que eu queria trabalhar e ser Terapeuta Ocupacional da Reabilitação. Fui aprovada no programa de residência da Universidade de São Paulo (USP) onde aprendi muito sobre relações interpessoais, sobre ter que ensinar a ser TO para os graduandos e estagiários da USP, sobre ter responsabilidade e empatia com os pacientes/familiares que passavam por mim e me aprofundar em estudar mais e mais sobre a profissão que escolhi. Assim o fiz, estudei, me especializei em contextos hospitalares, reabilitação de membros superiores e reabilitação neurológica e por fim em neurociência.

Meu caminho com a TO sempre foi questionador e me perguntava, desde a universidade, o que nós fazemos? Onde estamos? Qual a base da profissão? Fui buscando a resposta ao longo das minhas formações e experiências clínicas, organizei um livro sobre as práticas da TO e me aventurei em ser preceptora de

residentes e da graduação como forma de validar os meus conhecimentos ao mesmo tempo que os estudantes me instigavam a ensinar para mais pessoas a minha forma de ver e ensinar a TO.

A minha história com a pesquisa e pergunta do mestrado é baseada neste último parágrafo, pois nunca me imaginei mestre ou sequer doutora, mas resolvi me aventurar a escrever, a pesquisar e me desenvolver tecnicamente, profissionalmente e pessoalmente. Confesso que o mestrado me provou sobre limites, perseverança, coragem, resistência e me deu clareza sobre onde quero chegar com a TO.

Ao longo deste percurso, passei em diversos lugares de prática e com muitos profissionais terapeutas ocupacionais com formações distintas e práticas diversas as minhas. Me questionava sobre o que eles entendiam da profissão, o que e como eles entendiam da história da profissão; sempre me perguntei em qual referencial teórico-prático e/ou qual abordagem os profissionais utilizavam em suas práticas; me questionava também quanto a essas perguntas e tentava buscar mais conhecimento para embasar a minha prática clínica.

Carreguei comigo estas perguntas por longos 10 anos de formada até chegar ao Programa de Mestrado em Terapia Ocupacional e fazer dessas inquietações a minha pergunta de pesquisa. Hoje eu pesquiso sobre o que os profissionais fazem, como fazem e como os referenciais teórico-práticos sustentam a prática da Reabilitação Física com Adultos.

Assim, espero que vocês tenham uma boa leitura, através do nosso olhar que foi em busca de respostas, das seguintes perguntas: Como atuam os Terapeutas Ocupacionais que trabalham com reabilitação física com adultos? Como se dá o uso de referenciais teóricos, abordagem e estratégias em suas práticas?

Deixo aqui registrado meu carinho especial por este trabalho e pela Professora Débora que me incentivou desde o primeiro dia em que nos conhecemos a me aprofundar no mundo acadêmico.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O Cenário da Reabilitação diante das mudanças de paradigma

Ao longo do século XX, a reabilitação física consolidou-se mundialmente a partir de uma perspectiva predominantemente biomédica, centrado na relação linear entre doença, deficiência, limitação funcional e incapacidade. Nesse enquadramento, difundido de modo hegemônico sobretudo a partir da década de 1970, a deficiência era concebida como consequência direta de uma doença, localizada no corpo individual e tratável por meio de intervenções técnicas voltadas à correção ou compensação de déficits (França, 2013; Silva et al., 2020).

O modelo hierárquico de compreensão da saúde, associado a essa perspectiva, reforçava a leitura da deficiência como “anormalidade” corporal, legitimando práticas uniprofissionais, centradas em estruturas e funções do corpo e em abordagens fragmentadas, pouco sensíveis aos contextos de vida, às barreiras sociais e às desigualdades estruturais.

A partir das décadas de 1980 e 1990, esse enquadramento passou a ser tensionado por movimentos sociais de pessoas com deficiência e, de modo particular, pela emergência e difusão do modelo social da deficiência. Tal modelo desloca o foco da “falha” orgânica para a interação entre alterações corporais e barreiras sociais, ambientais e atitudinais, evidenciando que a deficiência não se reduz a alterações no corpo, mas resulta de processos históricos e políticos que produzem desvantagens e restringem participação (Berri, 2018; Fundação Oswaldo Cruz, 2019). Nesse processo, a reabilitação, inicialmente associada a práticas empíricas e curativas, evolui para um campo complexo, interdisciplinar e progressivamente centrado no sujeito, em sua funcionalidade e em sua inserção social, abrindo espaço para leituras mais ampliadas sobre saúde, autonomia e cidadania.

Diversos modelos foram propostos com o intuito de mediar a tensão entre as perspectivas médica e social e de qualificar o entendimento da funcionalidade. Brandt e Pope (1997), por exemplo, construíram esquemas conceituais que descrevem as relações entre condições médicas, deficiências, limitações funcionais e os efeitos da interação com o ambiente, aproximando progressivamente os modelos médico e social. O modelo médico compreende a deficiência como fenômeno biológico pertencente ao domínio do corpo, isto é, uma restrição corporal e individual (França,

2013), enquanto o modelo social a entende como resultado de condições sociais, estruturais e políticas que produzem restrições à participação (Berri, 2018). As tentativas de articulação desses referenciais culminaram no paradigma biopsicossocial, formulado inicialmente por George Engel na década de 1970, que passa a orientar, de modo mais sistemático, debates em saúde e reabilitação e a demandar práticas capazes de integrar dimensões biológicas, psicológicas e sociais da experiência de adoecimento e incapacidade.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu marcos classificatórios que expressam essa transição paradigmática. Em 1980, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) introduziu uma distinção entre deficiência, incapacidade e desvantagem, mas permaneceu fortemente ancorada no paradigma médico, mantendo uma lógica ainda linear e centrada no dano corporal. As críticas a essa concepção, associadas à influência do modelo social e às reivindicações do movimento das pessoas com deficiência, levaram a revisões sucessivas e, em 2001, à adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), consolidada em português em 2003 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001; OMS, 2003). A CIF propõe um modelo explicitamente biopsicossocial, no qual funcionalidade e incapacidade decorrem da interação dinâmica entre condição de saúde, funções e estruturas corporais, atividade, participação e fatores contextuais (ambientais e pessoais), reconhecendo a existência de barreiras e de facilitadores e deslocando o foco da incapacidade para a funcionalidade.

Jain e Harris (2024) destacam que a CIF busca compreender, de forma integrada, a interação entre condições de saúde e fatores contextuais para definir o espectro de funcionalidade e incapacidade nos níveis orgânico, individual e social. Embora demande aprimoramentos, como a maior precisão na distinção entre atividade e participação, incorporação sistemática de indicadores de qualidade de vida e expansão da categoria de fatores pessoais, a CIF enfatiza a saúde e a funcionalidade em vez da incapacidade, e tem sido utilizada para definir a reabilitação como estratégia de saúde que aplica e integra abordagens centradas em conceitos como funcionalidade, fatores contextuais, capacidade, desempenho, parceria pessoa-profissional e autopercepção (OMS, 2003; Fundação Oswaldo Cruz, 2019; Jain; Harris, 2024). Diante disso, modifica-se também a concepção de que a incapacidade é consequência direta das doenças, reafirmando a ideia de que

funcionalidade e incapacidade são multidimensionais e abrangem a experiência humana nos níveis de função e estrutura corporal, atividade e participação no contexto do ambiente e dos fatores pessoais (Fundação Oswaldo Cruz, 2019).

No campo da reabilitação, a adoção da CIF redefine o próprio objeto do cuidado, o que muda o raciocínio e princípios da reabilitação. Mais do que restaurar estruturas e funções, muda-se o olhar para entender a saúde a partir da atividade e participação em diferentes contextos de vida. Tal raciocínio encontra-se em consonância com a definição da OMS, segundo a qual a reabilitação corresponde a um conjunto de intervenções que busca otimizar o funcionamento e reduzir a incapacidade de pessoas com problemas de saúde em interação com o ambiente (OMS, 2003; WHO, 2017; WHO, 2018).

Tal mudança de foco exige novas competências dos profissionais, que passam a ser chamados a compreender e intervir sobre barreiras ambientais, rotinas, papéis ocupacionais, redes de apoio e contextos sociais. Assim, ainda que o cuidado exija maior dedicação a alterações em estrutura e função corporal em dados momentos da intervenção é necessário a compreensão e/ou intervenção ampliada.

Ainda assim, estudos apontam que, na prática dos serviços, prevalece o modelo biomédico, com forte ênfase nas alterações do corpo e em tecnologias de reabilitação indispensáveis, porém insuficientes para responder de forma integral às necessidades de saúde e participação de pessoas com deficiência e suas famílias (SILVA et al., 2020; BIS et al., 2024; LESHER, 2017).

No Brasil, a evolução da reabilitação acompanha esse cenário internacional, com forte impulso a partir da metade do século XX, especialmente devido às demandas geradas por epidemias, como a poliomielite, pela ampliação do sistema de saúde e pela regulamentação das profissões da reabilitação. A história nacional do campo revela uma transição significativa: de práticas empíricas e centradas na doença para abordagens científicas, humanizadas e cada vez mais alinhadas à funcionalidade e à participação social. Essa trajetória se reflete tanto na organização dos serviços quanto na formulação de políticas públicas, indicando um movimento gradual de deslocamento da lógica assistencialista e clínica restrita para uma perspectiva de direitos, alinhada ao paradigma biopsicossocial e às diretrizes internacionais de direitos humanos.

A adoção desse novo paradigma encontra expressão concreta em marcos normativos e programáticos brasileiros. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com

Deficiência (PNSPD), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060/2002 e atualizada em documentos subsequentes (BRASIL, 2017), reconhece a reabilitação como direito e componente essencial da atenção integral à saúde, incorporando a linguagem da funcionalidade e da participação difundida pela CIF. Em 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite estruturou ações intersetoriais em saúde, educação, inclusão social e acessibilidade, em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e com a própria CIF, ao enfatizar a necessidade de eliminação de barreiras arquitetônicas, comunicacionais e atitudinais e ao tratar a deficiência como resultado da interação entre pessoas e contextos, e não como atributo individual isolado.

Nesse mesmo movimento, a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), pela Portaria GM/MS nº 793/2012, reforça a inflexão paradigmática ao propor uma arquitetura organizacional que articula atenção básica, serviços especializados, hospitais e atenção de urgência e emergência, orientada pela lógica do cuidado integral, da continuidade do cuidado e da centralidade da funcionalidade. A RCPD busca superar a fragmentação e a focalização em procedimentos, propondo linhas de cuidado que consideram desde a identificação precoce de alterações no desenvolvimento até a reabilitação e a inclusão social, o que exige serviços capazes de atuar sobre barreiras contextuais, articular ações intersetoriais e garantir acesso a tecnologias assistivas de forma equânime (BRASIL, 2017; GALHEIGO et al., 2018; MENDES; DINIZ, 2022).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI – Lei nº 13.146/2015) aprofunda esse processo ao incorporar, em nível legal, a compreensão da deficiência como “resultado da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras que lhes impedem a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (art. 2º). Ao explicitar obrigações do Estado quanto à oferta de serviços de habilitação e reabilitação “baseados em tecnologia apropriada, multiprofissional e interdisciplinar”, a LBI desloca definitivamente a reabilitação de um lugar estritamente terapêutico para uma estratégia articulada de garantia de direitos. Nesse enquadramento, critérios como ampliação da participação social, autonomia, acessibilidade e remoção de barreiras tornam-se centrais para avaliar a efetividade das ações de reabilitação, em consonância com a CIF e com a definição de reabilitação da OMS (OMS, 2003; WHO, 2017; BRASIL, 2015).

Em síntese, a transição do modelo biomédico para o paradigma

biopsicossocial na reabilitação não se reduz a uma mudança conceitual interna ao campo da saúde. No plano internacional, ela se expressa na passagem da ICIDH para a CIF e na redefinição da reabilitação como estratégia de otimização do funcionamento em interação com o ambiente. No contexto brasileiro, materializa-se em um conjunto de marcos normativos e políticas públicas — PNSPD, Plano Viver sem Limite, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e LBI — que redefinem a deficiência como questão de direitos, deslocam o foco do déficit para a funcionalidade e a participação e recolocam a reabilitação como componente estruturante das políticas de saúde e de inclusão social. Todavia, a persistência de serviços subfinanciados, fluxos frágeis de referência e contrarreferência, lacunas na utilização da CIF na prática cotidiana e judicialização frequente para acesso a tecnologias e serviços revelam um descompasso entre o novo marco normativo e as práticas concretas de cuidado (Galheigo et al., 2018; Mendes; Diniz, 2022; Silva et al., 2020).

O processo de redemocratização do país, iniciado na década de 1980, criou condições políticas favoráveis para a expansão dos direitos sociais e para a consolidação de políticas públicas mais inclusivas (Brasil, 2017). A promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito fundamental e estabeleceu as bases para a criação do SUS, representou uma transformação paradigmática que abriu espaços inéditos para a atuação da TO (Galheigo et al., 2018). A inserção da profissão no SUS ampliou significativamente as possibilidades de atuação, consolidando práticas voltadas à promoção da participação social, autonomia e inclusão de pessoas com deficiência (Brasil, 2017).

A criação do SUS estabeleceu princípios de universalidade, integralidade e equidade que se alinhavam perfeitamente com os valores fundamentais da TO, criando uma convergência conceitual que favoreceu a integração da profissão nas equipes multiprofissionais dos serviços públicos de saúde (WHO, 2018). Esta inserção representou uma oportunidade histórica para que os terapeutas ocupacionais contribuíssem efetivamente para a construção de um modelo assistencial mais humanizado e centrado nas necessidades integrais dos usuários (Galheigo et al., 2018).

A década de 1990 foi marcada pela elaboração das primeiras políticas públicas específicas voltadas às pessoas com deficiência, destacando-se a Lei nº 8.080/90, que regulamentou o SUS e incluiu explicitamente a reabilitação entre os serviços de saúde a serem oferecidos pelo sistema público (Brasil, 2017). Posteriormente, a Lei

nº 8.142/90 estabeleceu mecanismos de participação social na gestão do SUS, criando espaços para que usuários, familiares e profissionais de saúde participassem ativamente da formulação e controle das políticas públicas (Mendes; Diniz, 2022).

O início do século XXI trouxe avanços significativos no marco regulatório da reabilitação no Brasil, com destaque para a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que reconhece explicitamente a importância da reabilitação física como direito fundamental e estabelece diretrizes para a organização dos serviços (Brasil, 2017). Esta política representou um marco na institucionalização da reabilitação como componente essencial da atenção à saúde, definindo competências, fluxos assistenciais e critérios de qualidade para os serviços especializados (WHO, 2018).

A criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, constituiu outro avanço fundamental ao estabelecer uma arquitetura organizacional que articula diferentes níveis de atenção à saúde com vistas a garantir cuidado integral e contínuo (Brasil, 2017). Esta rede prevê a atuação coordenada entre atenção básica, serviços especializados, hospitais e serviços de urgência e emergência, criando fluxos assistenciais que otimizam o acesso e a continuidade do cuidado (Mendes; Diniz, 2022).

Esse descompasso constitui um ponto crítico para a análise da formação e do trabalho de profissionais da reabilitação, que são desafiados a revisar seus modos de raciocínio clínico, suas formas de avaliação e planejamento de cuidado e suas estratégias de atuação nos serviços, de modo a efetivar, na prática, o paradigma biopsicossocial que orienta a CIF e as políticas brasileiras contemporâneas.

2.2. Contexto histórico da Terapia Ocupacional e relações com a prática profissional no Brasil.

A Terapia Ocupacional surgiu no início do século XX, em meio aos contextos de guerras, epidemias e expansão dos hospitais psiquiátricos como resposta às demandas de reabilitação funcional e social. Internacionalmente, a fundação da *American Occupational Therapy Association* (AOTA), em 1917, marcou a criação formal da profissão, em um cenário em que se descobria o poder da ocupação - trabalho, lazer e autocuidado - como ferramentas terapêuticas para reintegração de soldados e pessoas afetadas por doenças incapacitantes (Kielhofner, 2009; WFOT, 2021).

Os pioneiros da profissão, como Eleanor Clarke Slagle, William Dunton Jr. e Susan Tracy, fundamentaram os primeiros princípios teóricos da Terapia Ocupacional a partir da observação empírica de que atividades significativas e produtivas possuíam poder terapêutico capaz de promover não apenas a recuperação física, mas também a reintegração social e o resgate da dignidade humana (Reed; Sanderson, 2020). Estes precursores estabeleceram uma abordagem holística que transcendia o modelo biomédico, antecipando, em décadas, os atuais paradigmas biopsicossociais que orientam as práticas contemporâneas em reabilitação (Kielhofner, 2009).

A expansão internacional da Terapia Ocupacional durante a primeira metade do século XX foi impulsionada pelo crescimento das instituições psiquiátricas e pelos surtos epidêmicos ao redor do mundo, principalmente a de poliomielite, datada entre as décadas de 1940 e 1950 (Galheigo et al., 2018). A necessidade de desenvolver estratégias efetivas para a reabilitação de pessoas com sequelas neurológicas permanentes levou ao refinamento das técnicas terapêuticas ocupacionais e à consolidação de sua identidade profissional diferenciada no campo da saúde (WHO, 2018).

No contexto brasileiro, a inserção da Terapia Ocupacional ocorre na década de 1950, influenciada pelos movimentos internacionais de reabilitação e pelas demandas específicas, marcado particularmente pelos surtos de poliomielite, tuberculose e pelas crescentes necessidades de atenção em saúde mental (Cruz, 2023).

Em 1956 é criado no Brasil o primeiro curso técnico, e em 1969, oficializa-se o ensino superior em Terapia Ocupacional, marco que inaugura avanços curriculares, científicos e políticos para a área (Galheigo et al., 2018; Cruz, 2023). A redemocratização do país e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 consolidam a atuação da profissão, abrindo espaço para práticas inovadoras e para o diálogo com direitos humanos, equidade e promoção da inclusão social.

Esta transição do ensino técnico para o superior coincidia com o movimento mais amplo de modernização do ensino universitário brasileiro e com a crescente demanda por profissionais especializados para atuar nos serviços públicos de saúde que se expandiram no período (Galheigo et al., 2018). A elevação do status formativo da profissão possibilitou o desenvolvimento de pesquisas científicas, a criação de associações profissionais e o estabelecimento de parâmetros éticos e técnicos mais rigorosos (Reed; Sanderson, 2020).

2.2 Raciocínio profissional e formação para práticas do terapeuta ocupacional na reabilitação física

As práticas do terapeuta ocupacional na reabilitação física de adultos constituem um campo em que ocorrem disputas conceituais sobre deficiência, o plano dos referenciais teórico-metodológicos que orientam a intervenção, como a funcionalidade e participação, , o plano das condições concretas de trabalho, tensões relativas à organização do trabalho em saúde e à identidade profissional e a formação inicial e continuada que conforma o raciocínio profissional (Soares, 2022).

Ao enfatizar as dimensões sociológicas da profissão, Soares evidencia que a reabilitação física é atravessada por disputas de legitimidade e por relações de poder dentro das equipes e instituições, de modo que o que o terapeuta ocupacional “pode” fazer não decorre apenas de sua competência técnica, mas de arranjos institucionais e políticos que podem limitar ou ampliar seu escopo de atuação (SOARES, 2022).

Araujo et al (2022), em estudo de revisão de literatura sobre raciocínio profissional, identificaram que o contexto de prática é um dos fatores de interferem no raciocínio profissional. Neste sentido, em contextos de internação ou cuidados agudos, os terapeutas ocupacionais adotam perspectivas mais biomédicas, em especial os sintomas, em detrimento as preferências do sujeito. Por outro lado, em

centros comunitários ou ambientes ambulatoriais, os terapeutas priorizaram avaliar o efeito da doença sobre os clientes e seu ambiente, facilitar mudanças no desempenho ocupacional e no ambiente dos clientes, organizar informações de acordo com as preferências dos clientes e envolvimento com cuidador. As autoras destacam que há novos modelos, estruturas, diretrizes ou combinações de teorias para orientar o raciocínio clínico como o perfil ocupacional e a análise do desempenho ocupacional ou centrada no cliente e baseada na ocupação. Em contextos de reabilitação foi proposto um raciocínio que combinou teoria dos sistemas dinâmicos com abordagem orientada a tarefa e a estrutura de prática da Associação Americana de Terapia Ocupacional, ou seja, combinando teoria, modelo de prática e estrutura.

No Brasil, as práticas da Terapia Ocupacional se desenvolvem em contextos marcados por múltiplos vínculos, precarização de contratos e exigência de flexibilidade permanente, o que, dentre outros fatores, impacta diretamente a forma como o raciocínio profissional é exercido e legitimado nos serviços de reabilitação física (Soares, 2022).

Ao analisar condições de trabalho e renda de terapeutas ocupacionais, Soares (2023) destaca que a multiplicidade de inserções, muitas vezes em jornadas fragmentadas entre diferentes instituições e níveis de atenção, tensiona a possibilidade de planejamento longitudinal de cuidado, de construção de projetos terapêuticos compartilhados e de investimento sistemático em formação continuada, elementos centrais para a qualificação da prática em reabilitação física.

Nessa perspectiva, o cotidiano dos serviços não pode ser compreendido apenas pela ótica técnico-assistencial, devendo ser lido à luz de processos mais amplos de reorganização do trabalho em saúde, de reconfiguração do Estado e de mercantilização de cuidados.

A tese de Silva (2021) agrega a esse debate uma leitura sociológica da profissão, enfatizando que a identidade do terapeuta ocupacional é construída em um espaço de interseção entre demandas institucionais, expectativas de outras categorias profissionais, trajetórias formativas e projetos subjetivos de carreira.

Ao discutir a constituição dessa identidade, o autor mostra como a Terapia Ocupacional ainda luta por reconhecimento em muitos cenários de reabilitação, sendo frequentemente convocada a ocupar “nichos” deixados por outras profissões ou a responder a tarefas genéricas, o que colide com a complexidade teórico-metodológica que a profissão reivindica para si (SILVA, 2021).

Tal posição influencia o modo como o raciocínio profissional é exercido, pois os terapeutas ocupacionais precisam, simultaneamente, afirmar a especificidade do seu campo de saber e negociar com arranjos organizacionais que podem restringir sua autonomia técnica e a centralidade da ocupação e da participação como eixos da reabilitação física.

Nesse contexto de tensões laborais e identitárias, o raciocínio profissional, entendido como processo de interpretação, julgamento e tomada de decisão que orienta a prática, emerge como um diferencial decisivo para a qualificação da reabilitação física de adultos.

A partir de uma perspectiva que articula fundamentos teóricos da Terapia Ocupacional com análises sociológicas do trabalho, é possível compreender o raciocínio profissional não apenas como operação cognitiva individual, mas como prática situada, atravessada por relações de poder, condições institucionais e marcos normativos (Soares, 2022; Silva, 2021).

Em serviços marcados por altas demandas, recursos escassos e forte ênfase em metas de produtividade, a capacidade de sustentar um raciocínio que considere, simultaneamente, estruturas e funções corporais, atividades, participação e contexto, conforme propõe a CIF, depende da existência de tempos e dispositivos institucionais de reflexão, supervisão e discussão de casos, nem sempre garantidos, conforme discutido por Soares (2022).

Assim, o raciocínio profissional torna-se um campo em disputa entre uma lógica procedimental, orientada por protocolos e fluxos de atendimento, e uma lógica crítico-reflexiva, que busca articular ocupação, cotidiano e direitos nas decisões clínicas.

A formação dos profissionais, seja na graduação, pós-graduação ou cursos diversos são determinantes desse raciocínio profissional. Garcia (2023) investigou referenciais teórico-metodológicos na formação em reabilitação física e identificou que muitos currículos de Terapia Ocupacional do Brasil ainda se organizam predominantemente em torno de conteúdos biomédicos e técnico-procedimentais, com forte centralidade em anatomia, fisiologia, cinesiologia e técnicas de exercício terapêutico, ao passo que dimensões relativas à participação social, justiça ocupacional, análise de contextos e políticas públicas aparecem de maneira mais difusa ou como conteúdos complementares.

O autor argumenta que essa configuração tende a produzir um raciocínio que

se inicia e, por vezes, se encerra na esfera das funções e estruturas corporais, deslocando para um plano secundário a análise das ocupações cotidianas e dos fatores ambientais que condicionam a participação de adultos com incapacidades físicas. Embora a incorporação discursiva do modelo biopsicossocial e da CIF seja observável em projetos pedagógicos e planos de ensino, sua tradução em experiências formativas que problematizem criticamente práticas de reabilitação ainda encontra limites (Garcia, 2023).

O documento da World Federation of Occupational Therapists (WFOT) sobre competências mínimas da formação profissional oferece um contraponto importante a essa realidade, ao estabelecer um conjunto articulado de competências centrais que inclui, de forma explícita, a capacidade de realizar avaliação e intervenção em reabilitação física com base em raciocínio profissional crítico, prática centrada no usuário e trabalho interprofissional (WFOT, 2026).

A WFOT (2026) enfatiza que a formação em Terapia Ocupacional deve garantir não apenas o domínio de conhecimentos biomédicos, mas também competências de análise ocupacional, planejamento de intervenções orientadas à participação e uso de classificações internacionais, como a CIF, para comunicação e registro de práticas. Ao descrever domínios como “prática profissional centrada na pessoa”, “raciocínio profissional” e “prática colaborativa”, o documento evidencia que o raciocínio não é acessório, mas núcleo estruturante da competência clínica em diferentes áreas de atuação, incluindo a reabilitação física de adultos. Isso implica que currículos que mantêm a reabilitação limitada a blocos de técnicas sobre o corpo tendem a se distanciar dessas exigências internacionais.

Estudos recentes sobre competências de estudantes em cursos da área da reabilitação corroboram essa análise ao apontar lacunas na articulação entre teoria e prática e na integração de conteúdos relativos ao raciocínio profissional, sobretudo em contextos que priorizam atividades práticas tecnicistas em detrimento de momentos estruturados de reflexão crítica (Wolf et al., 2023).

Ao analisar percepções de estudantes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia sobre sua preparação para atuar em reabilitação física, esses estudos indicam que muitos se sentem seguros quanto à execução de procedimentos, mas inseguros para justificar teoricamente suas escolhas, adaptar protocolos a contextos complexos ou negociar planos terapêuticos com usuários e equipes (Wolf et al., 2023).

Tais achados reforçam a necessidade de estratégias pedagógicas que

promovam a explicitação do raciocínio profissional, como estudos de caso, tutoriais baseados em problemas, estágios supervisionados com foco em análise crítica da prática e integração sistemática entre conteúdos de políticas públicas, ética e modelos de prática.

A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais, nesse cenário, começa a ser delineada já na graduação, mas é continuamente reconstruída nos processos de formação continuada, especializações e experiências de trabalho. Pesquisas com estudantes de Terapia Ocupacional mostram que, durante a formação inicial, predominam imagens da profissão associadas a campos específicos de atuação, como reabilitação física, saúde mental ou contextos sociais, frequentemente mediadas por docentes e cenários de prática em que certas áreas são mais visibilizadas que outras (Bertossi; Cardinalli; Silva, 2023).

A reabilitação física tende a aparecer, em muitos cursos, como “campo clássico” e mais consolidado, o que pode favorecer tanto a atração de estudantes quanto a cristalização de modelos de prática centrados em independência funcional e normalização do corpo (Bertossi; Cardinalli; Silva, 2023).

Ao ingressarem no mercado de trabalho, porém, esses profissionais se deparam com cenários que desafiam essas imagens e exigem reconfigurações identitárias e ampliação do repertório de saberes e habilidades (Soares, 2022; Silva, 2021).

Nessa perspectiva, a formação continuada assume papel estratégico na atualização do raciocínio profissional e na consolidação de uma identidade alinhada a paradigmas centrados em ocupação, participação e direitos. Ofertas de cursos de especialização em reabilitação física, programas de residência multiprofissional e cursos de curta duração em temas como tecnologia assistiva, gestão de serviços e prática baseada em evidências podem funcionar como espaços privilegiados para a problematização de modelos tradicionais de reabilitação e para a incorporação de novas tecnologias e abordagens (Garcia, 2023; Wfot, 2026). Entretanto, a literatura aponta que o acesso a essas oportunidades é desigual, frequentemente condicionado por vínculos de trabalho, localização geográfica e disponibilidade de tempo e recursos financeiros, o que reproduz assimetrias já presentes na formação inicial (Soares, 2022). A ausência de políticas estruturadas de desenvolvimento profissional contínuo nos serviços públicos e privados de reabilitação física limita, portanto, o potencial transformador que a formação continuada poderia exercer sobre as práticas e o

raciocínio profissional.

Considerando esse conjunto de elementos, pode-se afirmar que as práticas do terapeuta ocupacional na reabilitação física de adultos são atravessadas por uma tensão permanente entre, de um lado, competências e referenciais que apontam para um exercício crítico, centrado na ocupação e na participação, conforme recomendado por documentos internacionais e por parte da produção acadêmica nacional, e, de outro, condições concretas de trabalho e trajetórias formativas que ainda reforçam lógicas biomédicas e procedimentais (Garcia, 2023; Wfot, 2026; Soares, 2022; Silva, 2021; Wolf et al., 2023).

O raciocínio profissional se apresenta, nesse contexto, como um diferencial que pode tanto ser reduzido a uma racionalidade técnica, voltada ao cumprimento de protocolos, quanto constituir-se em prática reflexiva que interroga modelos de reabilitação, negocia sentidos de funcionalidade e constrói, com os usuários, projetos terapêuticos ancorados em seus cotidianos e projetos de vida. Compreender como terapeutas ocupacionais, em serviços de reabilitação física, constroem seus raciocínios e atualizam suas identidades profissionais à luz de formações distintas é, portanto, um passo fundamental para analisar a aderência das práticas ao paradigma biopsicossocial e à centralidade da ocupação que orientam esta pesquisa.

Cruz (2018) argumenta que a adoção de modelos de prática, como o Modelo de Ocupação Humana (MOH) e outros modelos centrados em ocupação, permite organizar a intervenção de modo a manter a ocupação e a participação como núcleos estruturantes, evitando que a prática se reduza a uma mera aplicação de técnicas biomédicas.

O autor distingue cuidadosamente estrutura de prática, abordagens e modelos, mostrando que abordagens como o conceito Bobath ou quadros biomecânicos fornecem meios de intervenção sobre o corpo, mas não, por si só, garantem que a terapia ocupacional mantenha seu foco em ocupações significativas, papéis ocupacionais e contextos de vida (CRUZ, 2018).

Esse debate é crucial para a reabilitação física, pois a proximidade com campos como Fisioterapia e Medicina favorece a captura da Terapia Ocupacional por lógicas centradas exclusivamente na função musculoesquelética, minimizando a análise do cotidiano e da participação social.

Ao olhar especificamente para a população pós-AVC, Lima e Silva sintetizam, em revisão integrativa, que as práticas de Terapia Ocupacional descritas na literatura

nacional ainda se concentram majoritariamente em melhorar funções e estruturas corporais, funcionalidade e desempenho em atividades, sobretudo AVD e AIVD, com a finalidade de favorecer independência e autonomia na vida cotidiana (Lima; Silva, 2024).

Os estudos mapeados descrevem o uso de bandagens funcionais, terapia por contensão induzida, tecnologia assistiva, recursos de realidade virtual e videogames, entre outros, articulados a treinos de atividades e orientações a pacientes e cuidadores (Lima; Silva, 2024). Esses dados mostram que o raciocínio profissional tem sido capaz de integrar recursos diversos e tecnologias emergentes, mas também revelam lacunas importantes no pós-AVC em relação a atividade, participação, barreiras, facilitadores ou contextos (Lima; Silva, 2024).

Tal recorte reforça a análise de que, apesar do discurso sobre integralidade e modelo biopsicossocial, o eixo mais visível das práticas ainda é o da funcionalidade físico-motora, o que exige problematização na formação e na gestão dos serviços.

Ao discutir a constituição da identidade profissional, identifica-se que o núcleo próprio de saber do profissional fica deslocado, não ancorando a prática (Silva, 2021).

Essa posição influencia o raciocínio profissional na reabilitação física: em contextos em que se espera do terapeuta ocupacional apenas a execução de protocolos corporais e torna-se mais difícil sustentar, no cotidiano, um raciocínio orientado por modelos ocupacionais, por análise de papéis e pela articulação entre ocupação, contexto e direitos. A leitura sociológica de Silva converge, assim, com a preocupação de Cruz quanto ao risco de que abordagens biomédicas, descoladas de modelos de prática, esvaziem a especificidade da Terapia Ocupacional na reabilitação física (CRUZ, 2018; SILVA, 2021).

Nesse quadro, a especialidade em saúde funcional reconhecida pelo COFFITO ganha relevância como dispositivo político-profissional. Rafani et al. discutem que a especialidade em saúde funcional, ainda não disciplinada, abarca justamente práticas relacionadas ao desempenho ocupacional cognitivo, neuropsicomotor, musculoesquelético e ao uso de tecnologia assistiva, nos diferentes níveis de atenção à saúde de pessoas com deficiência física temporária ou definitiva (RAFANI et al., 2024).

Os autores argumentam que a ausência de parâmetros claros para essa especialidade – em termos de competências, domínios de conhecimento e atribuições específicas – tem implicações diretas para a organização da reabilitação física, pois

dificulta exigir especialistas nos concursos, fragiliza a capacidade de negociação da categoria e pode comprometer a qualidade e a segurança da atenção prestada (RAFANI et al., 2024).

Ao mesmo tempo, mostram que a prática consolidada em serviços como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede Lucy Montoro demonstra, na realidade, um campo robusto de atuação em saúde funcional, no qual terapeutas ocupacionais são responsáveis por processos de reabilitação orientados por funcionalidade e participação.

Quando se articula esse debate com a formação e com as competências internacionais, o raciocínio profissional emerge como eixo estruturante. A WFOT, ao definir competências mínimas da formação profissional, enfatiza que o terapeuta ocupacional deve ser capaz de realizar avaliação e intervenção em reabilitação física com base em raciocínio clínico crítico, prática centrada na pessoa e trabalho interprofissional, utilizando modelos de prática e classificações como a CIF para comunicar e registrar suas ações (WFOT, 2018).

Garcia, ao examinar os referenciais teóricos na formação em reabilitação física, mostra, porém, que muitos currículos brasileiros ainda se organizam em torno de conteúdos biomédicos e procedimentais, com ênfase em anatomia, fisiologia, cinesiologia e técnicas, enquanto dimensões de participação social, análise de contextos, políticas públicas, sexualidade, trabalho e cuidados paliativos aparecem de modo fragmentado ou residual (GARCIA, 2019).

Esse desencontro entre aquilo que a WFOT apresenta como competência esperada, o que a formação efetivamente prioriza e o que as práticas documentadas mostram produzir sugere que o raciocínio profissional dos terapeutas ocupacionais na reabilitação física é, hoje, atravessado por uma tensão estrutural. De um lado, há a exigência de operar segundo modelos centrados na ocupação, integrar dimensões corporais e contextuais e formular intervenções que considerem trabalho, relações familiares, espiritualidade e projetos de vida. De outro, a formação e os ambientes institucionais reforçam lógicas de segmentação por funções corporais e de produtividade medida em número de atendimentos ou em ganhos mensuráveis de amplitude de movimento, com pouca valorização de dimensões menos quantificáveis, como sentido de vida, sofrimento psíquico ou reconstrução de identidades ocupacionais após o adoecimento (Garcia, 2019; Lima; Silva, 2024; Soares, 2022).

A sociologia da profissão contribui para compreender essa tensão não como

falha individual de terapeutas ocupacionais, mas como produto de um campo profissional que se constitui em posição subordinada nas hierarquias de saber e poder da saúde. A inserção em equipes fortemente médico-centradas, a dependência de protocolos construídos em outras matrizes disciplinares e a pressão por resultados rápidos e mensuráveis criam condições em que a dimensão ocupacional da prática tende a ser comprimida ou traduzida em termos funcionais estritos (SOARES, 2022; SILVA, 2021).

Ao mesmo tempo, o reconhecimento da especialidade em saúde funcional, ainda que incompleto, e a incorporação da CIF e da noção de funcionalidade como categorias centrais nas políticas públicas oferecem brechas para reposicionar o terapeuta ocupacional como especialista em desempenho ocupacional e participação, capaz de dialogar com esses marcos normativos em termos próprios (Rafani et al., 2024; Brasil, 2012).

Nessa perspectiva, o raciocínio profissional na reabilitação física de adultos deixa de ser apenas um “modo de pensar o caso” para ser compreendido como prática situada, que precisa articular referenciais teóricos (modelos de prática, conceitos de ocupação, CIF), evidências empíricas (como as revisões sobre pós-AVC) e leitura crítica das condições de trabalho e das políticas de formação e de saúde. Quando terapeutas ocupacionais se apropriam de modelos ocupacionais, reconhecem as lacunas das práticas documentadas – como a quase ausência de intervenções em sexualidade, espiritualidade, saúde mental e retorno ao trabalho pós-AVC – e tensionam as fronteiras de sua atuação a partir de uma identidade profissional mais nítida, tornam-se mais capazes de deslocar o foco da reabilitação física de uma lógica centrada exclusivamente em função corporal para uma lógica centrada em ocupação e participação (Cruz, 2018; Lima; Silva, 2024; Rafani et al., 2024).

É nessa direção que a formação, o reconhecimento de especialidades e a produção de conhecimento sobre práticas concretas com populações específicas, como pessoas pós-AVC, podem convergir para qualificar a prática e consolidar o raciocínio profissional como diferencial da Terapia Ocupacional na reabilitação física.

Os avanços normativos e o crescente reconhecimento da profissão, tem levado a Terapia Ocupacional na reabilitação física brasileira a enfrentar desafios estruturais que comprometem a universalização do cuidado (Pereira et al., 2020). As desigualdades regionais na distribuição de profissionais e serviços especializados

evidenciam-se particularmente entre as regiões Norte e Nordeste em comparação ao Sudeste e Sul, reproduzindo as históricas assimetrias socioeconômicas do país (Mendes; Diniz, 2022). Dados do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) indicam que a região Sudeste concentra aproximadamente 60% dos terapeutas ocupacionais registrados no país, enquanto o Norte detém apenas 3% dos profissionais, evidenciando uma disparidade que compromete o acesso equitativo aos serviços de reabilitação (Pereira et al., 2020).

Esta concentração desigual de profissionais resulta em sobrecarga assistencial nas regiões menos favorecidas, onde terapeutas ocupacionais frequentemente precisam atuar em múltiplas especialidades simultaneamente, comprometendo a qualidade e especificidade do atendimento (Silva; Galheigo, 2023). Em contraste, regiões com maior densidade de profissionais possibilitam maior especialização e desenvolvimento de práticas inovadoras, criando um ciclo de retroalimentação que amplia progressivamente as desigualdades regionais (Mugnol et al., 2022).

A formação profissional tem se mostrado um elemento central para a qualificação das práticas, com crescente demanda por especialização e educação continuada, especialmente nas áreas de tecnologia assistiva e inovação em reabilitação (Silva; Galheigo, 2023). Levantamentos recentes indicam que aproximadamente 70% dos terapeutas ocupacionais brasileiros possuem algum tipo de pós-graduação, sendo que destes, 45% cursaram especialização *lato sensu* e 25% concluíram cursos *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado) (Mugnol et al., 2022). Este elevado nível de qualificação contrasta com a ausência de políticas sistemáticas de educação permanente nos serviços públicos, evidenciando que o investimento em formação continuada tem sido predominantemente uma iniciativa individual dos profissionais (Galheigo et al., 2018).

No entanto, a literatura aponta lacunas significativas entre a formação acadêmica e as demandas reais dos serviços, particularmente no que se refere à articulação com práticas centradas no usuário e metodologias participativas (Mugnol et al., 2022). Estudos comparativos entre currículos de graduação em Terapia Ocupacional no Brasil e em países com sistemas de saúde consolidados, como Canadá, Austrália e Reino Unido, revelam déficits na formação em áreas como gestão de serviços, liderança clínica, pesquisa aplicada e desenvolvimento comunitário (WFOT, 2021).

A análise curricular dos 65 cursos de graduação em Terapia Ocupacional atualmente em funcionamento no Brasil evidencia uma predominância de disciplinas voltadas aos aspectos biomédicos e técnicos da reabilitação, com menor ênfase em conteúdos relacionados à participação social, justiça ocupacional e desenvolvimento de tecnologias assistivas (Silva; Galheigo, 2023). Esta configuração curricular, embora garanta sólida formação técnica, pode limitar a capacidade dos futuros profissionais de atuarem efetivamente nos contextos complexos e multifacetados que caracterizam a reabilitação contemporânea (Mugnol et al., 2022).

As abordagens contemporâneas em Terapia Ocupacional têm incorporado crescentemente perspectivas de justiça ocupacional e participação social, reconhecendo que as ocupações não são neutras, mas permeadas por questões de poder, acesso e equidade (Galheigo et al., 2018). O conceito de justiça ocupacional, desenvolvido por pesquisadores como Ann Wilcock e Elizabeth Townsend, desafia os terapeutas ocupacionais a considerar como fatores socioeconômicos, culturais e políticos influenciam o acesso às ocupações significativas (Townsend; Wilcock, 2004).

Esta perspectiva crítica tem particular relevância no contexto brasileiro, onde desigualdades sociais profundas limitam o acesso de parcelas significativas da população a ocupações relacionadas ao trabalho, educação, lazer e participação comunitária (Galheigo et al., 2018). A incorporação da justiça ocupacional na prática clínica implica em reconhecer que a reabilitação física não pode limitar-se à restauração de funções corporais, devendo abordar também as barreiras sociais e ambientais que restringem a participação plena na sociedade (Townsend; Wilcock, 2004).

A avaliação de resultados em reabilitação física tem evoluído de uma perspectiva centrada exclusivamente em medidas de déficit para abordagens mais abrangentes que consideram participação social, qualidade de vida e satisfação do usuário (WHO, 2001). Esta transformação conceitual reflete o reconhecimento de que a efetividade da reabilitação não pode ser medida apenas através de testes padronizados de função, devendo incorporar também a perspectiva subjetiva dos usuários sobre os resultados alcançados (WFOT, 2021).

A implementação sistemática de avaliações de resultado na prática clínica brasileira ainda enfrenta desafios relacionados à falta de padronização, limitações de tempo nos atendimentos e necessidade de treinamento dos profissionais (Silva;

Galheigo, 2023). Contudo, iniciativas isoladas de serviços especializados têm demonstrado a viabilidade e os benefícios da utilização rotineira de instrumentos padronizados para monitoramento de resultados (Mugnol et al., 2022).

A pesquisa em TO no Brasil tem experimentado crescimento significativo nas últimas décadas, com aumento no número de programas de pós-graduação stricto sensu, publicações científicas e grupos de pesquisa registrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Galheigo et al., 2018). Este desenvolvimento científico tem contribuído para a consolidação da base de evidências da profissão e para o reconhecimento acadêmico da área (Silva; Galheigo, 2023).

A articulação entre pesquisa e prática clínica ainda representa um desafio para a Terapia Ocupacional brasileira, com limitada implementação de evidências científicas na rotina assistencial e baixa participação de profissionais de serviços em atividades de pesquisa (Silva; Galheigo, 2023). Esta lacuna entre produção e utilização de conhecimento compromete tanto a qualidade da assistência quanto o desenvolvimento de pesquisas clinicamente relevantes (WFOT, 2021).

Iniciativas para promover a prática baseada em evidências em Terapia Ocupacional incluem a criação de diretrizes clínicas, desenvolvimento de revisões sistemáticas e meta-análises, e implementação de programas de educação continuada focalizados na utilização crítica da literatura científica (Cook; Polgar, 2020). Organizações profissionais internacionais têm liderado esforços para sistematizar as evidências disponíveis e promover sua implementação na prática clínica (WFOT, 2021).

A transição demográfica brasileira, caracterizada pelo rápido envelhecimento populacional e redução das taxas de natalidade, criará pressões crescentes sobre o sistema de saúde para desenvolver serviços especializados no atendimento de condições associadas ao envelhecimento (Mendes; Diniz, 2022). Condições como acidente vascular cerebral, demências, fraturas osteoporóticas e sarcopenia deverão representar demandas crescentes para os serviços de reabilitação física (WHO, 2022).

Simultaneamente, mudanças nos padrões epidemiológicos, com aumento de acidentes de trânsito, violência urbana e doenças ocupacionais, continuarão gerando demandas por reabilitação de pessoas jovens e adultas com lesões traumáticas (Brasil, 2017). Esta diversificação do perfil epidemiológico requererá adaptações nos

modelos assistenciais e desenvolvimento de competências específicas para diferentes grupos populacionais (Silva; Galheigo, 2023).

A fundamentação teórica da prática profissional articula referenciais clássicos da TO, como o Modelo de Ocupação Humana (MOHO) e o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento (CMOP-E), com abordagens contemporâneas que incorporam dimensões sociais, culturais e comunitárias (Law et al., 1996; Kielhofner, 2009).

Esta articulação teórico-prática tem se mostrado fundamental para o desenvolvimento de intervenções efetivas que considerem não apenas as limitações funcionais, mas também os projetos de vida e significados ocupacionais dos usuários (WHO, 2001).

2.3 Prática Profissional em Terapia Ocupacional e a reabilitação física

As práticas profissionais compreendem aspectos que envolvem avaliação, planejamento da intervenção, prescrição e ou confecção de tecnologias assistivas, atuação interdisciplinar, intervenção centrada na pessoa/família/contexto, no uso de instrumentos quantitativos e qualitativos para identificar limitações, potencialidades e considerar os contextos individuais, sociais e ambientais dos sujeitos atendidos (Kielhofner, 2009).

Com objetivo central das práticas profissionais em Terapia Ocupacional, a ocupação é o cerne para a promoção do engajamento. O real significado da ocupação nos contextos de vida dos sujeitos, é dado partir da valorização de papéis sociais e ocupacionais, da reconstrução de identidades, validação da autonomia e desempenho de ocupações (Figueiredo et al., 2020).

Como forma de definir conceitos as ocupações são entendidas como atividades que abrangem o que a pessoa necessita e deseja fazer, bem como atividades que se espera que ela faça, tendo cada ocupação significado e valor particular para cada indivíduo. Pelo documento Enquadramento de Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, as ocupações podem ser categorizadas em atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD), gestão da saúde, descanso e sono, trabalho, brincar, lazer e participação social (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021).

A interação entre habilidades de desempenho (motoras, processuais e de

interação social), fatores do indivíduo (estrutura e funções do corpo, valores, crenças e espiritualidade) e padrões de desempenho (hábitos, rotinas, papéis e rituais) influenciam as ocupações que ocorrem em diferentes contextos, sejam eles ambientais e/ou pessoais (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021).

Considerar o modo de realizar e explorar a ocupação, com estabelecimento de metas, hábitos e rotinas, reforça que os terapeutas ocupacionais precisam compreender e efetivar as ações, técnicas e estratégias durante as práticas profissionais (Figueiredo et al., 2020).

Na perspectiva da profissão da Terapia Ocupacional os modelos teóricos são estruturas conceituais que orientam a avaliação, intervenção e raciocínio clínico durante as práticas profissionais. Essas características ajudam os profissionais a entenderem como as ocupações interagem com os contextos, com o desempenho e a identidade de cada cliente. Além disso, fornecem aos profissionais, a base teórico-científica nas intervenções a diferentes populações, inclusive a adultos com disfunção física, favorecendo a personalização da prática profissional (Rodger; Dancza, 2018).

As ações, técnicas e estratégias da Terapia Ocupacional no Brasil vêm sendo historicamente construídas na perspectiva crítica, situada e comprometida com os contextos sociopolíticos e culturais dos sujeitos. A prática profissional utiliza a ocupação com centralidade para promoção de autonomia e participação social, na qual se articula em diferentes campos de prática – como saúde, assistência social, educação e cultura – com forte atuação no SUS e na rede de proteção social (Barros; Ghirardi, 2015; Martins et al., 2020).

Nesse contexto, as estratégias terapêuticas vêm sendo cada vez mais atravessadas pelos conceitos de prática baseada em ocupação, prática centrada na ocupação e prática com ênfase na ocupação, que têm ganhado visibilidade entre os profissionais (Martins et al., 2020).

A prática baseada em ocupação é aquela que utiliza diretamente ocupações reais e significativas como meio terapêutico. Contextualiza no fazer significativo como potência de cuidado, direcionada na história e nas escolhas dos sujeitos atendidos. É uma prática que reconhece o valor intrínseco da ocupação na promoção da saúde e do bem-estar da população atendida (Almeida; Tesser, 2017).

A prática centrada na ocupação apresenta objetivo quanto aos resultados ocupacionais, com foco em promover o engajamento e desempenho ocupacional, mesmo que a intervenção envolva etapas intermediárias ou necessite de estratégias

que não envolvem a ocupação durante o processo (Fisher, 2013).

Já a prática com ênfase na ocupação direciona o raciocínio clínico a partir da dimensão da ocupação com foco nos contextos e condições de vida. Parte da reflexão desta prática não se dá diretamente por meio das ocupações, a perspectiva ocupacional orienta a escuta, o planejamento e a definição dos objetivos terapêuticos. No contexto brasileiro, isso se reflete nas ações em rede, na articulação intersetorial e na construção de projetos terapêuticos singulares em diálogo com o território e com os saberes populares (Fisher, 2013).

A Terapia Ocupacional atualmente articula criticamente essas três perspectivas, adaptando os modelos internacionais à realidade sociopolítica e ampliando sua potência transformadora. As práticas éticas, contextualizadas e centradas no sujeito fortalecem o potencial do profissional terapeuta ocupacional que reconhece os limites e a abrangência de cada perspectiva em suas ações.

Diante do exposto, a atuação da Terapia Ocupacional foi reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como especialidade profissional em Saúde Funcional, conforme a Resolução nº 366/2009. A regulamentação legitima um campo de atuação estruturado por competências técnicas e científicas que englobam a análise do desempenho ocupacional, a intervenção baseada em atividade, a adaptação de ambientes, o uso de tecnologias assistivas e a construção de planos terapêuticos individualizados. A Saúde Funcional, portanto, representa uma perspectiva ampliada de cuidado, que articula estratégias biomecânicas, neurofuncionais, sensoriais e ocupacionais em prol da participação ativa do sujeito em sua vida cotidiana.

Essa regulamentação se alinha à perspectiva da CIF, em consonância visa fortalecer a identidade do Terapeuta Ocupacional no cuidado a funcionalidade e no raciocínio clínico focado, baseado e com ênfase na ocupação e na participação dos sujeitos (COFFITO, 2018).

Vasta consideração quanto a Terapia Ocupacional sendo contextualizada na área da especialidade em Saúde Funcional, faz-se necessário a sistematização das informações do cenário de prática destes profissionais como contribuição para o aprimoramento das políticas de desenvolvimento profissional, fundamentais frente as demandas das políticas de reabilitação física e funcional no Brasil (Brasil, 2015; Rafani et al., 2024).

A afinidade e aproximação histórica do desenvolvimento da TO e do campo de

reabilitação física é algo claro. Diferentes nuances e direcionamentos podem ser estudados e compreendidos dessa relação, sendo que, o conhecimento acerca da caracterização dos terapeutas ocupacionais e de suas práticas atuais no campo da disfunção física do adulto é uma delas e que pode contribuir de maneira significativa para a TO enquanto profissão no cenário nacional.

Diante dos aspectos apresentados referentes tanto a trajetória histórica e relacional entre a Terapia Ocupacional e a disfunção física, quanto aos aspectos regulamentadores da área de especialidade de Saúde Funcional, justifica-se a sistematização das informações do cenário de prática destes profissionais como contribuição para o aprimoramento das políticas de desenvolvimento profissional, fundamentais frente as demandas das políticas de reabilitação física e funcional no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo busca caracterizar a prática profissional de terapeutas ocupacionais que desenvolvem ações de reabilitação física com adultos no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Apresentar características do serviço e da população alvo da ação do terapeuta ocupacional e sua relação com a prática realizada.

- Compreender referenciais teórico-práticos, procedimentos e recursos utilizados na prática profissional e a relação com os objetivos da ação e referenciais.

- Identificar a relação das ações realizadas e a formação do profissional, serviços inseridos e demandas dos usuários.

- Apresentar e discutir as práticas realizadas pelo profissional junto a população alvo do estudo.

3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo quantitativo e qualitativo, transversal de caráter descritivo e exploratório envolvendo terapeutas ocupacionais que desenvolvem práticas da reabilitação física de adultos no país, portanto, através de levantamento de dados de fonte primária.

A pesquisa foi vinculada ao Grupo de Pesquisa Atividades Humanas e Terapia Ocupacional cadastrado no CNPq e vinculada ao Laboratório de Análise Funcional e Ajudas Técnicas (LAFATec- UFSCar) do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar.

Considerou-se a necessidade de realização da coleta de dados primários para análise quantitativa e qualitativa em duas etapas. Os dados para análise quantitativa foram colhidos através de um questionário online para autopreenchimento dos participantes e a análise qualitativa foi produzida a partir das entrevistas realizadas individualmente por meio de vídeochamadas previamente agendadas.

Para tanto, o trabalho iniciou-se pelo desenvolvimento do instrumento de coleta de dados, sendo este realizado e validado pelas pesquisadoras.

O estudo envolveu três etapas sendo denominadas:

Etapa 1 – Validação do instrumento;

Etapa 2 – Coleta de dados quantitativos;

Etapa 3 – Coleta de dados qualitativos.

3.2 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos CAAE 6.609.921, em 10 de janeiro de 2024.

Foram incluídos nesta pesquisa, os participantes que concordaram com o conteúdo exposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) I (Apêndice A), que faz referência a participação na etapa 2 desta pesquisa e o TCLE II (Apêndice B), aos que aceitaram participar da etapa 3. Uma cópia do respectivo TCLE assinada foi enviada por e-mail aos participantes.

Foram tomadas medidas no intuito de preservar o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, como o armazenamento assegurado dos dados em base digital e a eliminação das informações de identificação nas etapas de análise e publicação dos dados.

3.3 População e amostra

A população alvo do estudo é de terapeutas ocupacionais que se identificaram como profissionais que atuam na reabilitação física no país.

Sendo que, de acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em 2024 havia aproximadamente 20 mil Terapeutas Ocupacionais com registro ativo pela autarquia, sendo que a única informação sobre área de atuação é em relação às especialidades e número de profissionais que fizeram a prova de especialistas.

A amostra da etapa 1 foi composta por juízes especialistas experientes na área de reabilitação. A amostra desta etapa foi composta por nove juízes especialistas convidados por serem profissionais ou pesquisadores com experiência na área de reabilitação.

A amostra da etapa 2 do estudo foi composta por 109 profissionais que acessaram o questionário disponível de forma *online*, responderam em concordância com o TCLE I e atendiam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

A amostra da etapa 3 contou com 19 terapeutas ocupacionais que participaram de uma entrevista e responderam em concordância com o TCLE II.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Nas etapas 2 e 3 foram utilizados como critério de inclusão:

(1) Ter concluído a graduação em Terapia Ocupacional; (2) Atuar na área de reabilitação física há, no mínimo, 12 meses; (3) Atuar junto a adultos com alterações motoras temporárias e/ou definitivas; (4) Profissionais que desenvolvem práticas em qualquer nível de assistência.

Quanto aos critérios de exclusão foram considerados os seguintes:

(1) Desenvolver práticas em reabilitação física com tempo inferior a 04 horas

semanais; (2) Ter interrompido a prática na reabilitação há mais de 12 meses; (3) não ter inscrição ativa no COFFITO.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados, foi desenvolvido um instrumento pelas pesquisadoras, buscando atender aos objetivos do estudo.

A elaboração do instrumento inicial considerou três áreas:

1. Informações pessoais e profissionais: este item retrata dados sociodemográficos e profissionais dos participantes;
2. Formação acadêmica/profissional e informações do serviço: este item consiste em questões sobre o processo de formação, estrutura do serviço em que o participante está inserido, demandas principais da população alvo;
3. Atuação profissional: neste domínio apresentam-se perguntas quanto à prática profissional, escolhas de áreas e especificidades das ações da terapia ocupacional.

Considerando a relevância do processo de desenvolvimento do instrumento de pesquisa e etapas pelas quais este passou, optou-se por descrevê-lo nos resultados, garantindo assim uma melhor clareza e objetividade da caracterização metodológica do estudo.

O desenvolvimento do instrumento passou pela validação de face e conteúdo do questionário da coleta da Etapa 2.

A etapa 2 utilizou-se de um instrumento desenvolvido e validado, que foi disponibilizado via *Google Forms*, para ser respondido de maneira *online* e assíncrona (Apêndice C) composto por perguntas fechadas e abertas.

A etapa 3 (Apêndice D) utilizou como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada para ser administrada pela autora do estudo contendo sete questões pré-estabelecidas pelas autoras, de forma a responder os objetivos da pesquisa.

3.6 Etapas da coleta de dados

Após a construção do instrumento para coleta, a pesquisa foi amplamente divulgada. Optou-se por enviar para todos os e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do país (CREFITOS) sendo que alguns deles divulgaram em

suas páginas eletrônicas e outros enviaram e-mails para os inscritos da região. O estudo foi divulgado também através das redes sociais pessoais das pesquisadoras e do CREFITO-3 e em grupos de aplicativos de mensagens entre os meses de março e julho de 2024. Juntamente com a mensagem convite, os profissionais recebiam o link para acessar o instrumento de coleta de dados e TCLE da etapa 2.

A última questão do instrumento era o convite para participação na Etapa 3 do estudo, sendo que o próprio participante poderia aceitar ou não e, após isso, preencher o formulário de agendamento de horário disponibilizado pela autora.

As respostas foram armazenadas automaticamente em uma planilha de excel® gerada pelo Google Forms® e posteriormente transferidas para uma planilha no Excel de forma manual, para analisar cada dado de forma individual e sem identificação dos participantes. Os envios duplicados e os formulários que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos e a análise dos dados foi então iniciada.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por meio do aplicativo Google Meet de forma virtual e individual, contendo sete questões pré-estabelecidas pelas autoras, de forma a responder os objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas, armazenadas em meio eletrônico não online de responsabilidade da pesquisadora responsável, transcritas através de aplicativo de transcrição da *Gladia*® e, posteriormente, foram revistos todos os dados da transcrição com os vídeos, fazendo parte das da análise temática.

3.7 Análise de dados

As pesquisadoras realizaram uma análise estatística descritiva por meio de frequência absoluta e relativa dos dados sociodemográficos, acadêmicos, formação complementar e profissional dos participantes do estudo.

A estatística descritiva, cujo objetivo básico é o de sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permite que se tenha uma visão global da variação desses valores, através da organização e descrição dos dados por meio de tabelas, de gráficos e de medidas descritiva e permite que o pesquisador tenha estratégia para descrever comportamentos (Bonafini, 2012; Artes; Barroso, 2023).

As entrevistas da Etapa 3 foram analisadas por meio da análise temática, a qual se descreve por apresentar seis fases de investigação do conteúdo disponível.

A seguir, são apresentadas as seis fases as quais são descritas a partir do referencial de Braun e Clarke (2006):

1. Conhecendo os dados: transcrição dos dados, leitura e releitura dos dados e transcrições, indicação de ideias centrais.

2. Formalizando as ideias: compilar as ideias principais e interessantes das características dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de informações e categorizar em núcleos.

3. Descobrir os temas: agrupamento dos núcleos dos saberes em temas possíveis, coletando o máximo de informações possíveis em cada temática.

4. Conferindo os temas: validar os núcleos e temas de acordo com os conjuntos de dados completos.

5. Revisando e definindo temas: análise com significância do conteúdo e/ou história dos dados gerados, definição de temas claros e coesos.

6. Extraindo o texto: Texto descritivo e exemplificado da análise realizada, englobando, sem obrigatoriedade, trechos retirados da transcrição narrada. Relação entre as questões de pesquisa, objetivos do trabalho e no contexto abrangente da literatura, para finalizar com os resultados da análise.

Braun e Clarke (2016) afirmam que o método qualitativo de trabalho e análise de dados revelam uma vasta relação com os significados dos resultados encontrados com as questões e objetivos da pesquisa, o que corrobora com os estudos de Minayo (2014). Na análise temática, o tema é a unidade de significação, de acordo com os critérios relacionados à teoria, portanto, uma forma de análise que permite descobrir núcleos de sentido na comunicação e cuja presença ou frequência permite a compreensão para o objetivo escolhido (Minayo, 2016).

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram divididos de acordo com a etapa proposta na sessão da metodologia.

4.1 Etapa 1 - Validação de face e conteúdo

Inicialmente, com base na produção científica sobre o tema e experiência da autora e orientadora desta dissertação, foi desenvolvido um questionário semiestruturado composto por 29 questões nas áreas de a) informações pessoais e profissionais; b) formação acadêmica/profissional e informações do serviço; c) atuação profissional.

Dois documentos nortearam a organização de parte das questões e eixos do instrumento foram: 1) a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2003), por ser uma classificação que descreve a saúde buscando fornecer uma linguagem comum, incluindo aspectos de funcionalidade, incapacidade e fatores contextuais e; 2) o documento denominado Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional Domínio & Processo 4ª Edição (Gomes; Teixeira; Ribeiro, 2021).

Enquanto estratégia para análise e aprimoramento, verificou-se como importante etapa a validação de face e conteúdo do instrumento. De acordo com Pasquali (2009) e Coluci et al. (2015) tal validação é fundamental para o refinamento do instrumento.

Participaram do processo de validação do instrumento nove juízes especialistas com conhecimentos na área, sendo que esses foram selecionados com base nos critérios de inclusão e exclusão já descritos.

O processo de validação ocorreu em duas fases, ambas de forma individual e remota.

Na 1ª fase, foi encaminhado o instrumento elaborado com os seguintes itens a serem considerados na análise dos juízes: abrangência dos domínios, clareza, pertinências das questões, apropriação e representatividade de conteúdo, de acordo com os objetivos expostos. Cada juiz/participante teve em média 30 dias para a devolutiva. O quadro 1 sintetiza as etapas pelas quais o instrumento passou junto aos juízes.

Quadro 1 - Processo de validação de instrumento

Etapa do Estudo	Processo	Resultado
1ª	Envio da 1ª versão solicitando a avaliação dos seguintes itens: abrangência dos domínios, clareza, pertinência das questões, apropriação e representatividade de conteúdo de acordo com os objetivos.	Elaboração da versão 2 do instrumento, após análise pelas autoras das considerações dos juízes.
2ª	Envio para os juízes da 2ª versão para nova análise quanto a abrangência dos domínios, clareza e apropriação do conteúdo de acordo com os objetivos do estudo.	Elaboração da versão 3 do instrumento, após análise pelas autoras das novas considerações dos juízes.
3ª	Organização dos resultados de acordo com os dados analisados pelos juízes	Versão final do instrumento e Criação do formulário final no Google Forms

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Na segunda oportunidade após a análise de concordância entre os juízes, verificou-se a necessidade de remanejar alguns itens e reorganizá-los o instrumento em cinco sessões, apropriando-se da seguinte estrutura:

- 1) Sessão 1 - Informações pessoais e dados correspondentes com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa;
- 2) Sessão 2 - com 4 questões sobre os dados sociodemográficos;
- 3) Sessão 3 - Formação acadêmica/profissional: com 10 questões definidas ao final da análise, esta estrutura sofreu modificações no questionário, aumentando uma alternativa sugerida pelos especialistas;
- 4) Sessão 4 - Informações do serviço: apresenta inicialmente 4 questões

e finalizado com a indicação para crescer mais 1 questão;

5) Sessão 5 - Prática /atuação profissional: Consta no instrumento final, 18 questões neste último item.

Considerou-se as sugestões dos juízes, remanejamento de itens e organização da estrutura do questionário e organização do *google forms* para dar início a coleta de dados da fase 2.

O questionário inicialmente tinha 29 questões, porém com o processo de validação do instrumento, passou a ser composto por 38 questões, sendo 22 totalmente fechadas, nove fechadas com possibilidade de complemento e nove abertas.

O questionário foi dividido em cinco sessões. A primeira, sobre **informações pessoais**, que eram questões de inclusão do estudo, como o tempo que desenvolve ações na reabilitação física, caso tivesse interrompido a prática a quanto tempo, carga horária semanal total. Segunda, sobre **dados sociodemográficos**, que incluíram o nome, idade, gênero e renda mensal. O terceiro tópico sobre a **formação acadêmica e profissional**, com perguntas abertas e fechadas sobre local de formação em graduação, ano de ingresso, modalidade da formação, formação em pós-graduação na área de reabilitação física, qual(is) as principais motivações pela sua escolha em desenvolver ações na reabilitação física. A quarta versa sobre **informações do serviço**, que incluíram caracterização da(s) unidade(s) e/ou equipamento(s) de saúde em que atua, forma de financiamento do(s) serviço(s). A quinta sessão apresenta perguntas sobre a **prática/atuação profissional** e incluiu questões quanto a atribuição profissional, público-alvo da assistência, demanda assistencial, contexto de atendimento e procedimentos que realiza.

Após os dois envios e análise pelos juízes o instrumento apresentou 100% de concordância entre os avaliadores.

4.2 Etapa 2 – Resultados sobre a coleta com questionário

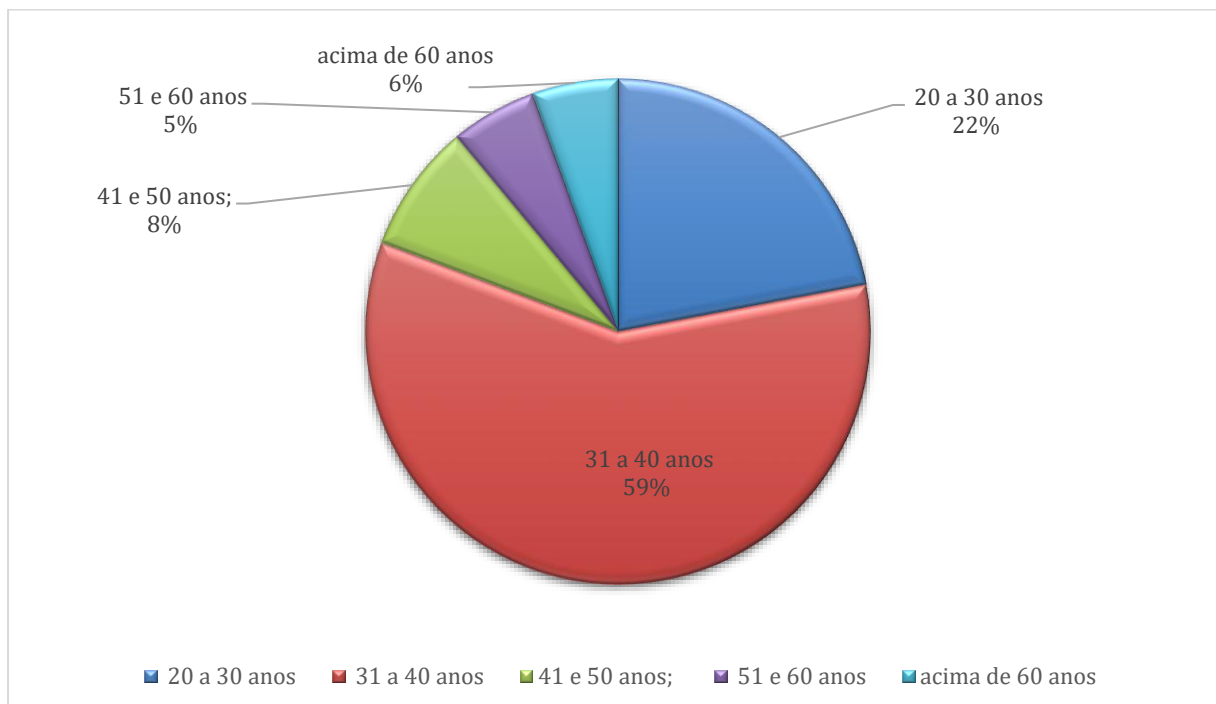
Foram respondidos 138 questionários, dos quais 29 participantes respondentes foram excluídos após análise a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Após exclusões, foram identificados 109 participantes. Os dados sobre informações pessoais, sociodemográficos, formação acadêmica e profissional, informações do serviço e prática/atuação profissional foram organizados em gráficos,

quadros e tabelas que apoiem a melhor compreensão dos leitores.

4.2.1 Caracterização sociodemográfica dos terapeutas ocupacionais participantes

A distribuição etária dos participantes encontra-se no gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição de faixa etária dos participantes



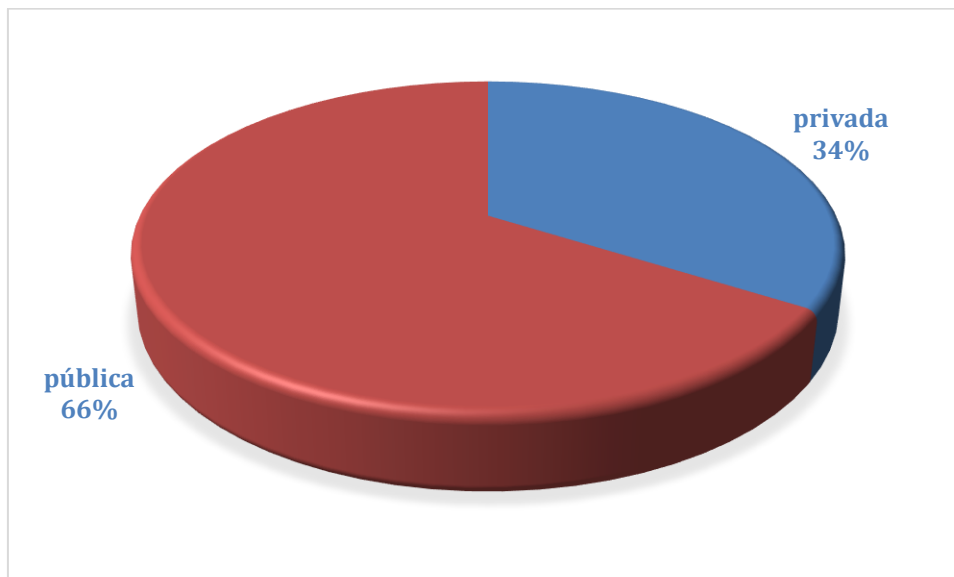
Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Esses dados mostram que 59% dos participantes (n=64) encontram-se na faixa etária entre 31 e 40 anos, sendo a segunda maior faixa etária de respondentes entre 20 e 30 anos (n=24).

No que diz respeito à formação, 100% dos participantes relataram terem cursado a graduação em Terapia Ocupacional de forma presencial.

Em relação à forma de financiamento das instituições de ensino em que ocorreu a formação, a distribuição foi apresentada no gráfico 2.

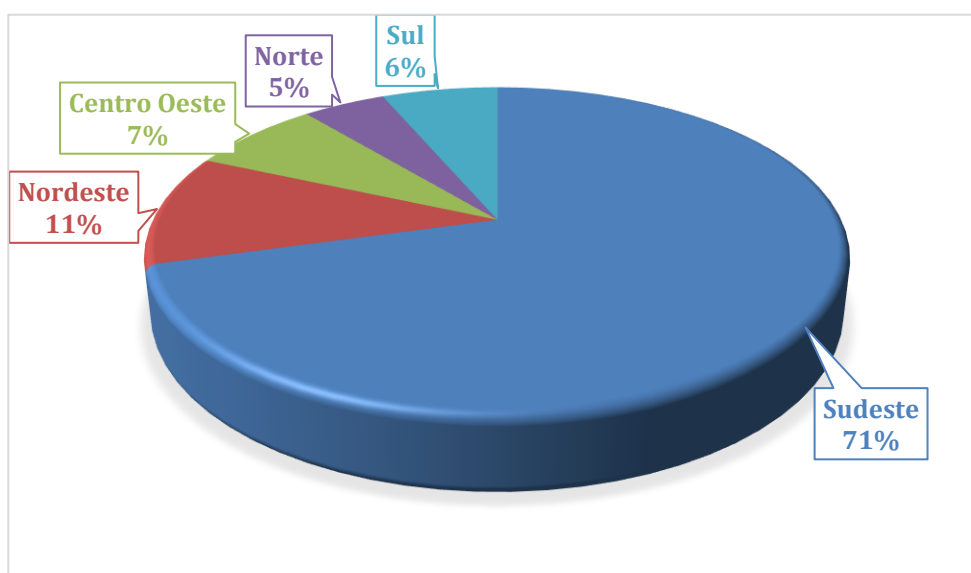
Gráfico 2 - Fonte de financiamento das instituições da graduação



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Do total de instituições de ensino superior (IES) da amostra, tem-se a distribuição por regiões do país apresentada no gráfico 3.

Gráfico 3 - Instituições por regiões do país em que ocorreu a formação



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Destaca-se que dentre a amostra do sudeste, 55% são egressos de instituições do estado de São Paulo.

O período de conclusão da graduação dos participantes foi organizado por décadas e apresentado na tabela 1.

Tabela 1 -Ano de formação dos participantes definido por décadas

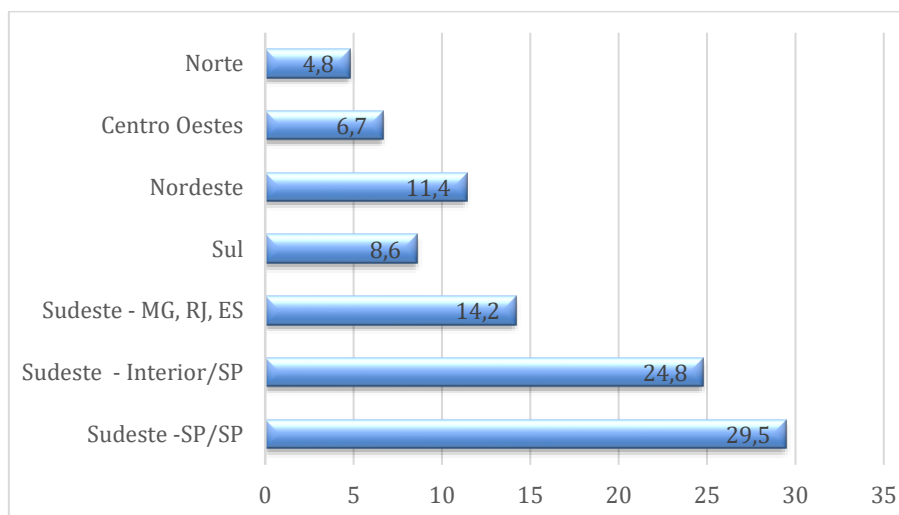
Décadas	N	Percentual
1980-1989	5	4,6
1990-1994	4	3,7
1995-1999	6	5,5
2000-2004	17	15,6
2005-2009	23	21,1
2010-2014	18	16,5
2015-2019	18	16,5
2020-2024	18	16,5
Total	109	100

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Entre os anos 2000 e 2019 encontra-se 69,7% da amostra de participantes, portanto, profissionais formados, entre 04 e 24 anos, da fase da coleta dos dados.

O gráfico 4 apresenta os dados sobre as regiões do país em que os participantes atuam.

Gráfico 4- Regiões do país em que os participantes atuam



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

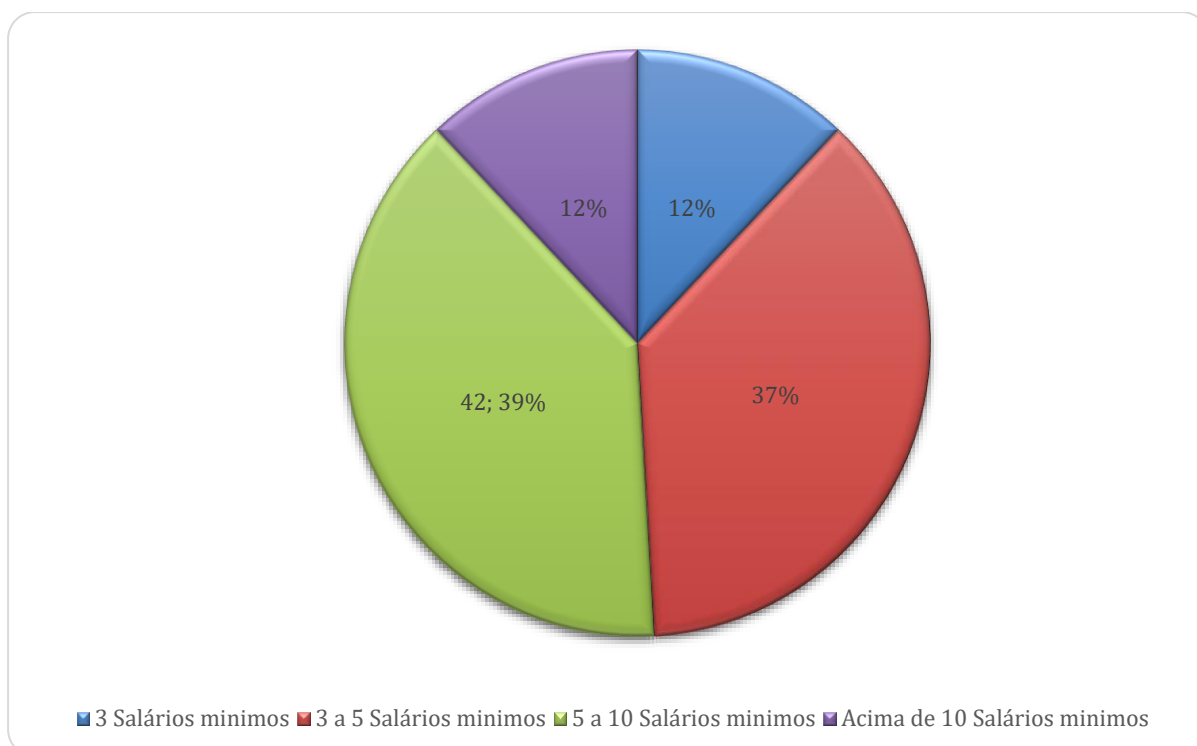
Considerando a concentração de profissionais na região sudeste, optou-se por

identificar, apenas nesta região, as áreas com maior número de profissionais.

Conforme pode ser identificado, 68,5% dos participantes desenvolvem suas atividades profissionais na região sudeste, com maior concentração de profissionais na capital.

O gráfico 5 apresenta a distribuição da renda dos participantes em salários mínimos.

Gráfico 5 - Distribuição de renda mensal dos participantes em salários mínimos



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

No que diz respeito à distribuição de renda mensal, os dados mostram que 12% (n=13) possuem uma renda de até 3 salários mínimos e a mesma porcentagem possui renda superior a dez salários mínimos mensais, sendo que destes últimos, seis participantes estão formados a um período superior a 20 anos e quatro deles estão formados entre 10 e 20 anos.

4.2.2 Formação e contexto de atuação

Em relação à formação, buscou-se identificar as diferentes formações dos

profissionais relacionados à área. Assim, na tabela 2, foram reunidas as informações sobre formações concluídas ou em andamento relacionadas à aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado, residências ou outras.

Tabela 2 - Formações em pós-graduação

	residência	aperfeiçoamento	especialização	mestrado	doutorado	Outras pós-graduações
Concluídas	19	9	70	21	10	36
Em andamento	7	5	13	5	8	9

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Em relação à formação *stricto sensu* e *lato sensu*, a cursada pela maior parte dos participantes é a especialização (formação *lato sensu*), totalizando 64,8% (n=70).

Quando questionados sobre a necessidade de pós-graduação para atuar na área de reabilitação física, 79,8% responderam que consideram a formação necessária.

A amostra considera essencial a pós-graduação destacando a importância da qualificação para atender as demandas complexas da área, além da atualização constante e da diferenciação no mercado de trabalho.

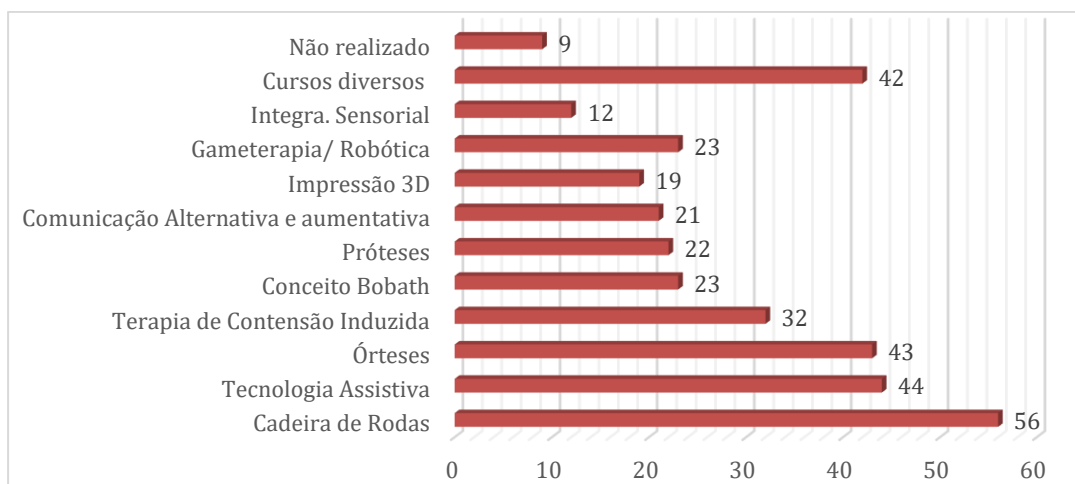
Ao passo que uma parcela significativa também acredita que cursos livres podem ser eficazes para a prática profissional, sem a necessidade de uma pós-graduação, o que envolve uma dedicação de mais longo prazo (pelo menos 360 horas em cursos de especialização com duração mínima de 12 meses ou ainda dedicação à formação que vai de 24 a 48 meses, quando se trata de mestrado ou doutorado). Para além do tempo, os cursos livres podem cumprir as demandas por conhecimento de novas técnicas que já revertem em ações práticas.

Em relação a formação, o instrumento de coleta de dados permitia que os participantes incluíssem novos itens relacionados a demais cursos que contribuem para a prática profissional na área.

Os dados apresentados no gráfico 6 informam sobre cursos de curta duração mais frequentemente informados pelos participantes. Além de alguns listados, os participantes puderam inserir novos cursos de forma aberta. Assim, definiu-se por

relacionar os dez cursos mais citados, informar sobre pessoas que não cursaram e também reunir aqueles cursos citados uma poucas vezes em um único item denominado “cursos diversos”.

Gráfico 6- Distribuição em relação aos cursos realizados



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Assim, tem-se que 8,3% (n=09) participantes informam não ter feito cursos e que 38,5% (n=42) falam de cursos diversos não listados neste gráfico (distribuídos em 29 cursos).

O curso citado por 51,4% (n=56) dos participantes foi o de “cadeira de rodas”, seguido por 40,4% (n=44) que fizeram cursos sobre “tecnologia assistiva” e 39,5% (n=43) que relataram ter feito cursos sobre “órteses”.

Outra forma de olhar para estas informações é considerar que os cursos citados estão distribuídos em duas categorias: 1) cursos relacionados a técnicas de reabilitação (Integração sensorial, gameterapia, Bobath e Terapia por contensão induzida), o que soma 90 respostas e; 2) cursos relacionado a tecnologia assistiva (impressão 3D, Comunicação Alternativa, prótese, órtese, tecnologia assistiva e cadeira de rocas), o que soma 205 respostas.

Em relação à faixa etária atendida, o instrumento permitiu que os participantes respondessem a mais de uma faixa etária. Assim, 53 (48,6%) profissionais atendem todas as faixas etárias a partir de 13 anos de idade. Dos respondentes, 44 (40,4%) atendem a partir de 20 anos até idosos e 11 (10,1%) atendem a faixas etárias específicas, ou seja, somente adultos ou somente idosos, o que representa a minoria dos profissionais.

Em relação às atividades desenvolvidas na área de reabilitação física, a assistência ao usuário conta com 41,2%(n=) participantes atuando nessa função. Além disso, 11,9% (n=13) participantes exercem atividades que combinam assistência com funções de gerência, direção, coordenação, chefia ou responsabilidade técnica. Apenas 5,5% (n=6) participantes atuam tanto na assistência quanto na supervisão ou preceptoria e 1,8% (n=2) combinam a assistência com o ensino. A assistência e pesquisa foi relacionada por 2,8% (n=3) participantes e 1,8% (n=5) deles desempenham assistência, supervisão, preceptoria e ensino.

E, como última questão acerca do contexto geral do trabalho do profissional na área da reabilitação física, foi elaborada uma questão relacionada à nomenclatura que melhor evidencia a subárea na profissão considerando o contexto nacional. Destaca-se que esta questão compôs o instrumento, pois as ações na reabilitação físicas foram reconhecidas como uma especialidade denominada saúde funcional pelo COFFITO, de acordo com a Resolução COFFITO nº. 366, de 20 de maio de 2009, embora esta especialidade não tenha sido disciplinada, conforme discutem Rafani et al. (2024). Os dados encontram-se na tabela 3.

Tabela 3 – Expressões pelas quais a subárea da reabilitação é reconhecida pelos participantes da pesquisa

Nome	Número absoluto	Porcentagem
Terapia Ocupacional em Reabilitação Física	48	44
Terapia Ocupacional em Saúde Funcional	43	39,5
Terapia Ocupacional em Saúde Física	10	9,2
Terapia Ocupacional em Disfunção Física	3	2,8
Outras	5	4,6
Total	109	100

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Conforme pode ser visto na tabela, a melhor representatividade no cenário em que os profissionais estão envolvidos de acordo com os participantes desta pesquisa

é Terapia Ocupacional em Reabilitação Física, seguida da Terapia Ocupacional em Saúde Funcional.

4.2.3 Elementos da prática profissional dos terapeutas ocupacionais

O tópico buscou reunir informações que passam a caracterizar elementos da prática profissional e fatores que interferem nestes percursos.

O primeiro aspecto identificado foi em relação ao tipo de serviço em que o profissional atua, buscando identificar o nível de atenção à saúde, as atuações em clínicas ou domiciliares.

Os participantes puderam identificar mais de um equipamento. Ao analisar os dados dos participantes, identificou-se que majoritariamente estes encontram-se inseridos em dois ou mais serviços. Somente 9,2% dos participantes atuam apenas em um serviço: ambulatório, centro de reabilitação, clínica, ou atenção primária (NASF). Desta forma, optou-se por apresentar apenas os dois serviços em que há maior número de participantes, sendo que estes serviços não estão exclusivamente ligados a um ou outro.

61 participantes (56,5%) estão inseridos em Centros de Reabilitação/CER, Clínica Escola, oficinas ortopédicas e 48 participantes (44,4%) são atuantes em clínicas/consultórios particulares.

Destacou-se, na tabela 4, os dois equipamentos mais referidos pelos participantes.

Tabela 4- Serviços em que os profissionais estavam inseridos

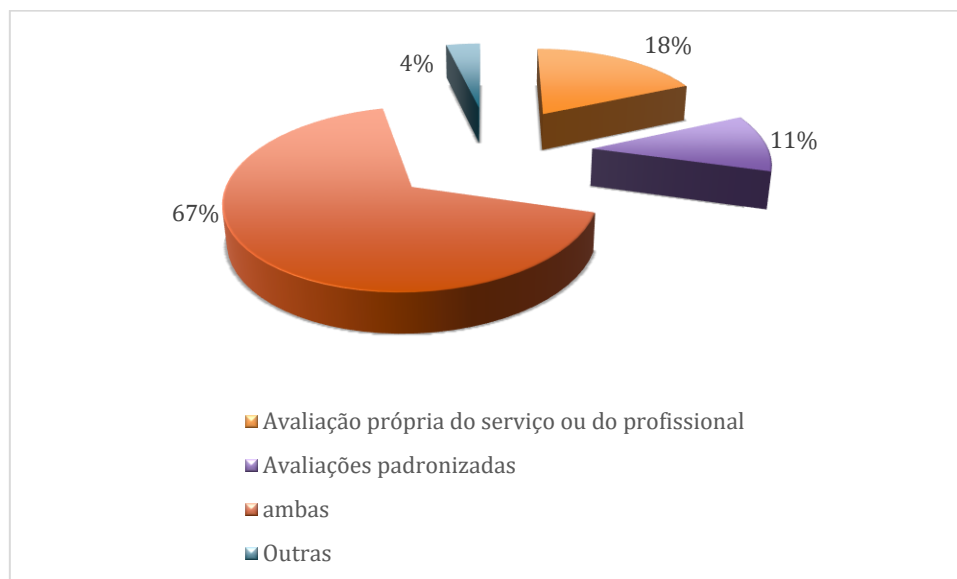
Serviço	Número de participantes	percentual
Centro de Reabilitação/CER, Clínica Escola, Oficina Ortopédica	61	56,5
Clínicas/consultórios	48	44,4

Fonte: as autoras (2025)

Em relação às avaliações utilizadas pelos profissionais, inicialmente buscou-se conhecer se os profissionais se utilizavam de avaliações próprias do serviço ou do profissional, avaliações padronizadas ou outras. Foi possível identificar a seguinte

distribuição, conforme apresentado no gráfico 7.

Gráfico 7- Avaliações utilizadas



Fonte: as autoras (2025)

Quando questionados em relação aos instrumentos de avaliação utilizados na atenção à população adulta, os participantes poderiam descrever quantos e quais entendessem como representativo. Foram citados 455 instrumentos de avaliação, o que representa uma média de 4,2 instrumentos por profissional.

Destes, foram identificados 75 diferentes instrumentos utilizados para avaliação dos usuários na prática do terapeuta ocupacional na reabilitação física (Apêndice E). A Tabela 5 apresenta os 12 instrumentos mais frequentemente citados pelos profissionais.

Tabela 5- Instrumentos de acordo com a frequência de citação

Ordem	Instrumento	Frequência de citação	%	Método de aplicação
1	Medida de independência funcional (MIF)	61	13,4	Questionário
2	Teste de sensibilidade Estesiômetro- - Monofilamento Semmes-Weinstei	55	12,1	Teste
3	Avaliação de força manual muscular	46	10,1	Teste
4	Escala Visual Analógica da Dor	41	9	Questionário
5	Medida Canadense do Desempenho Ocupacional -	36	7,9	Questionário

(COPM)				
6	Dinamometria – força muscular	23	5,1	Teste com aparelho
7	Goniometria	22	4,8	Teste com aparelho
8	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire (DASH)	16	3,5	Questionário
9	Miniexame do estado mental (MEEM)	13	2,9	Questionário
10	Escala Modificada de Ashworth	09	2	Teste
11	Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0) e Avaliação de Tecnologia Assistiva – Predisposição ao Uso (ATD PA Br)	09	2	Questionário
12	Todos os demais instrumentos	124	27,3	Diversos
Total		455	100	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Trata-se, portanto, de um dado com importante conteúdo para ser analisado ao olhar para prática profissional, permitindo inúmeras análises, especialmente, em relação a identidade da subárea (ou, as identidades), a forma com a subárea utiliza-se de mensurações multiprofissionais e ainda sobre os elementos específicos da prática do terapeuta ocupacional nestes contextos de reabilitação do adulto.

Outra análise realizada em relação aos instrumentos de avaliação utilizados pelos participantes teve por objetivo identificar as aproximações com a CIF.

Diante disso, os instrumentos foram analisados buscando relacionar quais domínios da CIF estão sendo analisados com estes instrumentos, considerando os dados obtidos em relação a estrutura e função corporal, atividade ou participação. Os resultados desta análise foram organizados na tabela 6.

Tabela 6- Classificação dos instrumentos de avaliação de acordo com a CIF

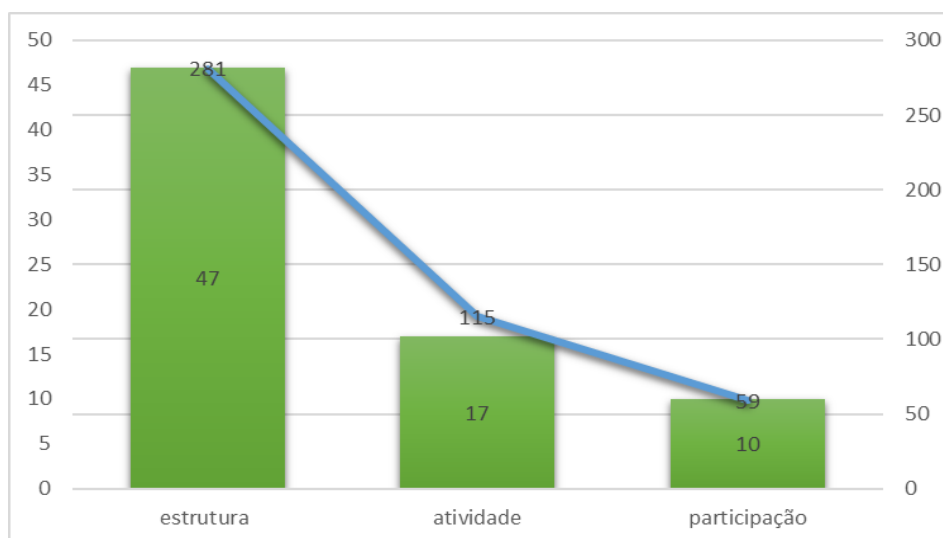
Conceito da CIF	Número absoluto de instrumentos	Porcentagem (%)	Número de citações	Porcentagem (%)
Estrutura e função corporal	47	63,5	281	61,7
Atividade	17	23	115	25,3
Participação e fatores ambientais	10	13,5	59	13
Total	74	100	455	100

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Conforme pode ser visto, tem-se maior quantidade de instrumentos que analisam aspectos relacionados à estrutura e função corporal, totalizando 63,5% dos instrumentos citados enquanto os aspectos relacionados a atividade e participação somam 26,5% dos instrumentos, mostrando o predomínio do reconhecimento dos aspectos da estrutura e função corporal instrumentos relacionados analisam aspectos da participação e fatores ambientais.

O gráfico 8 mostra esta distribuição e sua relação com as frequências das citações nos dados analisados.

Gráfico 8- Classificação dos instrumentos de avaliação de acordo com os conceitos da CIF



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Para além dos instrumentos utilizados, buscou-se compreender quais elementos os participantes consideram abordar em suas avaliações, de acordo com os constructos de domínio e processo da AOTA.

Os domínios da Terapia Ocupacional, de acordo com a 4ª edição da AOTA (2021) descrevem aquilo que o profissional é responsável e sobre o que tomará decisões, baseando-se no corpo de conhecimentos e experiências estabelecidas pela profissão.

Sendo assim os domínios da Terapia Ocupacional incluem: **Ocupações** (atividades da vida diária, atividade instrumentais de vida diária, gestão da saúde, repouso e sono, trabalho, educação, brincar, lazer e participação social); **Contextos** (ou seja, fatores ambientais e pessoais); **Padrões de desempenho** (ou seja, hábitos, rotinas, papéis e rituais); **Habilidades de desempenho** (ou seja, habilidades motoras, habilidades de processamento e habilidades de interação social); **Fatores do cliente** (ou seja, valores, crenças, espiritualidade, funções corporais e estruturas corporais).

A tabela 7 apresenta todos os aspectos que os participantes responderam acerca de elementos da avaliação. Foram destacadas as informações relacionadas às porcentagens em frequência relativa. Os dados foram agrupados em três colunas relacionadas à frequência.

Tabela 7- Aspectos elencados na avaliação e frequência

Área/frequência	Nunca/ raramente	Às vezes	Muitas vezes/ sempre
Atividades da Vida Diária	0	1,8%	98,2%
Habilidade motoras	0%	2,7%	97,3%
Atividades Instrumentais da vida diária	0	5,5%	93,9%
Funções corporais	5,4%	3,8%	90,8%
Estruturas corporais	5,4%	3,8%	90,8%
Trabalho	2,7%	8,3%	88,1%
Rotina	2,7%	10,1%	87,2%
Fatores pessoais	6,4%	8,3%	85,3%
Fatores ambientais	8,3%	7,3%	84,4%
Lazer	4,6%	10,1%	84,5%
Habilidade de processamento	8,2%	10,1%	81,7%
Interação social	5,4%	13,8%	80,8%

Hábitos	7,4%	11,9%	80,7%
Participação social	8,3%	11,9%	79,8%
Gerenciamento de Saúde	7,3%	15,6%	75,3%
Descanso e sono	9,2%	15,6%	74,4%
Papéis	10,1%	17,4%	72,5%
Educação	12,9%	20,2%	66%
Valores, crenças, espiritualidade	15,5%	23,9%	60,6%
Rituais	25,6%	29,4%	45%
Brincar	35,8%	20,2%	44%
Outros	53,2%	12,8%	34%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

As áreas destacadas com as frequências de muitas vezes e sempre foram correlacionadas com os aspectos de domínio da Terapia Ocupacional conforme a 4ª Edição da AOTA (2021).

Em seguida, foi estruturada nova tabela (Tabela 8) com a coluna que representou as maiores frequências de aspectos avaliados e os domínios da Terapia Ocupacional segundo a AOTA (2021) correspondentes.

Sendo assim considerou-se que os domínios da Terapia Ocupacional incluem: **Ocupações** (atividades da vida diária, atividade instrumentais de vida diária, gestão da saúde, repouso e sono, trabalho, educação, brincar, lazer e participação social); **Contextos** (ou seja, fatores ambientais e pessoais); **Padrões de desempenho** (ou seja, hábitos, rotinas, papéis e rituais); **Habilidades de desempenho** (ou seja, habilidades motoras, habilidades de processamento e habilidades de interação social); **Fatores do cliente** (ou seja, valores, crenças, espiritualidade, funções corporais e estruturas corporais).

Tabela 8 - Aspectos elencados na avaliação e frequência relativa

Área/frequência	Domínio	Muitas vezes/ sempre
Atividades da Vida Diária	Ocupações	98,2%
Habilidade motoras	Habilidades de desempenho	97,3%
Atividades Instrumentais da vida diária	Ocupações	93,9%
Funções corporais	Fatores do cliente	90,8%
Estruturas corporais	Fatores do cliente	90,8%
Trabalho	Ocupações	88,1%

Rotina	Padrões de desempenho	87,2%
Fatores pessoais	Contexto	85,3%
Fatores ambientais	Contexto	84,4%
Lazer	Ocupações	84,5%
Habilidade de processamento	Habilidades de desempenho	81,7%
Habilidade de Interação social	Habilidades de desempenho	80,8%
Hábitos	Padrões de desempenho	80,7%
Participação social	Ocupações	79,8%
Gerenciamento de Saúde	Ocupações	75,3%
Descanso e sono	Ocupações	74,4%
Papéis	Padrões de desempenho	72,5%
Educação		66%
Valores, crenças, espiritualidade	Fatores do cliente	60,6%
Rituais	Padrões de desempenho	45%
Brincar	Ocupações	44%
Outros		34%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

A tabela 9 indica a frequência relativa dos objetivos descritos no plano terapêutico organizados por nunca/raramente; às vezes ou; muitas vezes/sempre.

Tabela 9 –Frequência dos objetivos descritos no plano terapêutico

Objetivos/ frequência	Nunca /raramente	Às vezes	Muitas vezes / sempre
Estimulação, treino, ampliação e/ou resgate do desempenho das atividades cotidianas	0	0,90%	99,10%
Promover, manter e/ou reabilitar funções motoras e cognitivas	0	2,70%	97,30%
Adequação ambiental	6,40%	22%	71,60%
Estímulo ao desenvolvimento da participação	6,40%	17,40%	76%

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Conforme pode ser visto, “Estimulação, treino, ampliação e/ou resgate do desempenho das atividades cotidianas”; “Promover, manter e/ou reabilitar as funções físicas e cognitivas” foram abordados com frequência mais significativa (superior a 95%)

Com relação aos recursos incluídos no desenvolvimento dos planos terapêuticos, os dados foram apresentados na tabela 10 considerando a frequência relativa de citações.

Tabela 10– Recursos utilizados no desenvolvimento dos planos terapêuticos

Recurso/ frequência	Nunca/ raramente	Às vezes	Muitas sempre vezes/
Exercícios terapêuticos	0	5,60%	94,40%
Atividades da Vida Diária	1,80%	4,60%	94,30%
Atividades Instrumentais da Vida diária	1,8	10,10%	88,10%
Educação em Saúde	10,10%	12,80%	77,10%
Técnicas específicas: Terapia por Contensão Induzida, eletroestimulação e outros	19,60%	25%	45,40%
Atividades artesanais, expressivas, artísticas, corporais	33,80%	31,50%	34%
Acompanhamento terapêutico	50,00%	21,30%	28,70%
Práticas Integrativas e Complementares	52,80%	21,30%	21,30%
Atividades profissionalizantes	55,50%	25,90%	18,50%
Dispositivos Robóticos	74,00%	16,70%	9,20%
Gameterapia, Reabilitação Virtual e outros recursos	69%	23%	7,40%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

De acordo com os dados organizados na tabela, é possível identificar, que elementos relacionados a exercícios terapêuticos, atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e educação em saúde são os recursos que os terapeutas reconhecem com maior frequência nas suas práticas. Em contrapartida, dispositivos robóticos, atividades profissionalizantes, reabilitação virtual, práticas integrativas e acompanhamento terapêutico são ações que nunca ou raramente acontecem neste contexto.

A tabela 11 apresenta as práticas dos profissionais em relação à tecnologia assistiva e suas respostas agrupadas por frequência.

Tabela 11- Práticas relacionadas à tecnologia assistiva

Ação/frequência	Nunca /raramente	Às vezes	Muitas vezes / sempre
Prescrição e/ou confecção de órtese	10,20%	11,10%	78,70%
Prescrição e/ou confecção de outros recursos de tecnologia assistiva, exceto órtese e prótese	7,40%	20,40%	72,20%
Treinamento do uso de outros dispositivos de tecnologia assistiva	17,60%	22,2%	60,20%
Ajuste de dispositivos de tecnologia assistiva	18,50%	23,2%	58,30%
Prescrição e/ou confecção de prótese	61,10%	7,40%	31,50%
Preparação e treino pré-protético	64%	21,30%	14,90%

Fonte: as autoras (2025)

A tabela 12 indica a frequência de realização de ações/ procedimentos relacionados à saúde do trabalhador.

Tabela 12- Frequência de ações voltadas à saúde do trabalhador

Ação/frequência	Nunca /raramente	Às vezes	Muitas vezes / sempre
Planejamento e adaptação ergonômica em empresa	75,30%	13%	12,10%
Readaptação profissional	70,40%	14,80%	14,80%

Treinamento para atividade laborativa	50,20%	18,20%	31,60%
Visita ao posto de trabalho	82,80%	11,20%	6,00%

Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

A tabela 13 indica a frequência de desenvolvimento de outras práticas de orientação com familiares, equipe ou ambientes externos.

Tabela 13- Frequência que desenvolvem orientações e/ou capacitações

Objetivos/ frequência	Nunca /raramente	Às vezes	Muitas vezes / sempre
Orientação e capacitação familiar	9,80%	15,80%	74,40%
Orientação e/ou capacitação a cuidadores (não familiares)	7,90%	18,60%	73,50%
Orientações a equipe (multiprofissional,icineiros)	30,20%	27,90%	41,90%
Orientações externas (escola, ambiente de trabalho etc.)	70,20%	11,20%	18,60%
Orientação em educação em saúde	10,70%	19,50%	69,80%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Conforme pode ser visto, as orientações para familiares ou cuidadores ocorrem na prática dos profissionais, porém, raramente ocorrem orientações externas.

Os participantes apresentaram, em questão aberta, outros recursos, técnicas ou abordagens utilizadas na prática profissional e que não foram relacionados dentre os instrumentos.

Estes dados foram lidos e categorizados pelas autoras como rotina, ambiente domiciliar, tecnologia assistiva, procedimentos administrativos, ambiente de trabalho, laudo para perícia de pessoa com deficiência, procedimentos de intervenção, produção de materiais impressos, inclusão social, grupo para usuários e cuidadores. No quadro 2 foram descritas as citações relacionadas a tais categorias.

Quadro 2- Descrição de recursos, técnicas ou abordagens utilizadas¹

Categoria	Abordagem e técnicas	Contexto de Aplicação	Objetivo Funcional – de acordo com a CIF
Intervenções nos contextos de vida	Ações para inclusão em escola, grupos de atividades de lazer, socialização, trabalho e família no território	Contextos de vida	Melhora da participação
Intervenção no ambiente de Trabalho – capacitação e avaliação do sujeito e do contexto	Treinamento de equipe; • Formação/capacitação e orientação com equipe interdisciplinar, incluindo profissionais da engenharia e design; Elaboração de laudos sobre condições laborais com avaliação biopsicossocial; Participação em bancas periciais para verificação da deficiência (cotas em concursos).	Contextos de vida	Melhora da participação
Ambiente domiciliar	Visita domiciliar para avaliação e adaptação do domicílio com estratégias para incremento/estímulo e proteção no contexto domiciliar ambiental.	Contextos de vida	Melhora da participação
Estratégias para incorporação de novas rotinas	Estratégias para facilitação/ajustes/adequações nas rotinas (orientações verbais e escritas, elaboração de quadros e documentos para facilitar)	Contexto clínico e intervenção individual	Melhora de função corporal e atividade, Promover adesão e segurança cotidiana.
Intervenções Clínicas	Escuta ativa/acolhimento; PICS (Florais de Bach);	Contexto	Melhora de função

¹ Adotou-se a distinção conceitual entre abordagem, técnica e procedimento conforme a literatura de metodologia científica. Entende-se por abordagem o referencial teórico que orienta a compreensão do fenômeno e a condução da prática, constituindo um modelo amplo de intervenção. A técnica, por sua vez, refere-se aos modos específicos de execução de ações, ou seja, aos recursos práticos empregados no manejo clínico. Já o procedimento diz respeito à organização sistemática de etapas e ações, estruturando o processo de intervenção e podendo englobar diferentes técnicas em sua aplicação. Ademais, no contexto terapêutico, elementos como escuta e acolhimento são compreendidos não apenas como técnicas, mas como posturas fundamentais da relação clínica, conforme destacado pela abordagem humanista (GIL, 2008; LAKATOS; MARCONI, 2010; ROGERS, 2009).

Diretas	Psicomotricidade; Enfaixamento de coto; Neuromodulação não invasiva; Estimulação elétrica funcional; Conservação de energia; Terapia do Espelho/Imagética motora.	o clínico e intervenção individual	corporal e atividade, Promover adesão e segurança cotidiana.
Tecnologias Assistivas	Prancha comunicação aumentativa e alternativa; Adaptações para minimizar limitações decorrentes de deficiência visual; Prescrição cadeiras de rodas.	Contexto clínico e intervenção individual e familiar	Minimizar limitações e ampliar independência.
Intervenções grupais junto a cuidadores e pessoas com limitações	Grupo de Atividades de Vida Diária para usuários do serviço Grupo de ação e orientação com familiares e cuidadores formais ou informais	Contexto clínico e intervenção individual e grupal	Fomentar socialização e direitos; melhora no desempenho em atividades e participação.
Desenvolvimento de materiais impressos e digitais para orientações sobre o cuidado com a saúde e novas rotinas de cuidado visando incorporação no cotidiano	Desenvolvimento de materiais com orientações impressas para os usuários/pacientes e cuidadores sobre uso de equipamentos de tecnologia assistiva e outros recursos como órteses; Desenvolvimento de materiais informativos para pessoas com déficits cognitivos acerca de quadro de saúde; Desenvolvimento de materiais para orientar sobre rotinas nos novos cuidados com corpo como sequência de posicionamentos e exercícios com uso de imagens para melhor compreensão e adesão à continuidade do tratamento.	Contexto clínico e intervenção individual e grupal	Fomentar socialização e direitos; melhora no desempenho em atividades e participação.
Procedimentos administrativos e gerenciais	Discussão de casos; Reuniões multidisciplinares; Encaminhamentos; Relatórios/SIGTAP.	Contexto clínico	Comunicação com rede

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

As estratégias apresentadas de forma complementar mostram a complexidade de ações envolvidas no processo de reabilitação e prática profissional. Indicam ainda práticas não descritas pelo conselho da profissão como parte das atividades do profissional, embora amplamente discutidas na literatura.

4.3 Etapa 3 – Resultados sobre a coleta com entrevistas

A amostra desta fase se deu de forma aleatória, após interesse do participante da Etapa 2 responder com “sim” e descrever seu contato de preferência.

A pesquisadora entrou em contato com todos os interessados e, a partir do aceite, iniciou-se a fase de agendamento e posterior entrevista com cada participante.

Das 109 respostas válidas, 33 participantes informaram ter interesse em participar da etapa 3 da pesquisa, entretanto, devido tentativa de contato e não comparecimento em data e hora previamente agendados entre pesquisadora responsável e participante, participaram desta etapa 19 profissionais entre os meses de maio e julho de 2024.

A caracterização desta amostra, em relação à faixa etária encontra-se na tabela 14.

Tabela 14- Idade dos participantes - etapa 3

	Quantidade	Percentual (%)
26 a 30 anos	4	21%
31 a 45 anos	14	74%
46 a 51 anos	1	5%
TOTAL	19	100%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Os participantes desta etapa apresentam majoritariamente a faixa etária entre 31 a 45 anos. Em relação ao tempo que desenvolvem ações em reabilitação física, tem-se que 47,4% realizam as ações entre 11 e 20 anos.

Sobre a caracterização deste grupo, em termos de formação, destaca-se os cinco cursos que destacaram, sendo que a distribuição se encontra na tabela 15.

Tabela 15- Cursos específicos da área

Cursos realizados	Quantidade	Percentual (%)
Órteses	16	84%
Cadeira de Rodas	12	63%
Tecnologia Assistiva	10	53%
Conceito Bobath	6	32%
Comunicação Alternativa e aumentativa (CAA)	5	26%

Fonte: Elaborado pelas autoras (2025)

Os cursos elencados estão dentre aqueles mais referidos na fase 2 do estudo, embora com algumas ordens diferentes. Destaca-se maior proporção de formações em órtese, sendo que, no cômputo, este foi o terceiro curso mais referido. O curso da formação em Bobath ocupou o 5º lugar e em CAA, ocupava o 7º mais referido.

Ao destacarem os instrumentos de avaliação, os participantes citaram 96 que são comuns em sua prática clínica. Diferentemente da análise geral, o teste de força muscular com dinamômetro foi o mais citado, seguido do exame de sensibilidade. As avaliações específicas relacionadas ao desempenho ocupacional e independência funcional apresentaram uso por porcentagens próximas à metade da amostra, ou seja, 9 e 8 participantes. Destaca-se, nesta análise, que o instrumento Medida de Independência Funcional (MIF) e Índice de Barthel analisam o desempenho em atividades de vida diária (e são utilizados por 11 dos 19 sujeitos) e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional é o único instrumento específico da terapia ocupacional relacionado e citado por 47% da amostra.

4.3.1 Análise de dados qualitativos da etapa 3

A análise das transcrições das entrevistas virtuais, com média de 30 minutos, possibilitou identificar temas que ajudam a compreender fatores que influenciam a prática dos profissionais entrevistados. Estes temas serão denominados categorias

temáticas neste trabalho.

- a) características do serviço que influenciam a prática profissional;
- b) demandas dos usuários;
- c) características e especificidades da prática profissional;
- d) Referenciais teóricos, práticos e metodológicos associado a prática de Terapia Ocupacional;
- e) Raciocínio profissional
- e) Reflexões sobre a Terapia Ocupacional.

4.3.1.1 Características do serviço que influenciam a prática profissional

As análises realizadas permitiram compreender como a prática terapêutica ocupacional sofre influências das problemáticas e potencialidades do serviço em que ela é desempenhada.

Os núcleos de sentido identificados apresentam elementos chaves para compreender o quanto as características do serviço em que os participantes executam ações em reabilitação física na TO influenciam na forma como a prática profissional é realizada.

De acordo com os relatos dos participantes é possível identificar dois núcleos de sentido, sendo eles o que potencializa e caracteriza-se como facilitador para realização da prática e outro que são as barreiras ou limitações relacionadas ao serviço.

Dentre os facilitadores destacam-se as boas práticas de gestão. A gestão atua como facilitador, pois influencia a prática da terapia ocupacional ao reconhecer seu papel profissional; com apoio e reconhecimento da atuação e potencializando as relações entre os membros da equipe.

“Lugar que tem TO há muitos anos, é um trabalho muito consolidado, aí, obviamente, fica muito mais fácil, porque eles conhecem exatamente, né, como que nesse processo super complexo que é a reabilitação, ainda mais a neurológica [...]”
(TO01)

“Minha supervisora é uma TO. Isso ajuda pra caramba... Quem coordena as equipes multiprofissionais do município é uma TO também”. (TO14)

Em contrapartida, a falta de acesso aos recursos materiais, incluindo espaço físico para a realização das ações, podem ser uma importante barreira, impactando negativamente a prática profissional.

“O que eu não tenho é muito material, quase nada. Nem pra fazer uma órtese, mas eu me viro com o que eu tenho. Eu trabalho com muito algodão, malha tubular, eu me viro com o pouco que eu tenho. Para fazer as órteses, para fazer as adaptações, e tudo... O recurso é precário [...] (TO09).

Além da falta de acesso ao material, os relatos evidenciam a falta de conhecimento da gestão sobre a assistência desenvolvida pelo profissional terapeuta ocupacional, comprometendo acesso dos usuários e adequação dos ambientes de prática.

“...E às vezes até por parte da gestão, do que seria o papel do TO, a gente acaba tendo uma dificuldade de acesso à sala, a recurso de material físico, né? Então, quando a gente fala, eu preciso de uma sala, para que tenha uma pia, que tenha isso, que tenha aquilo, determinados recursos e equipamentos, a gente acaba tendo dificuldade de acessá-los, porque a gestão não sabe, a equipe, de uma forma geral não sabem. Então, como ele vai providenciar algo para uma profissão que não entende como ela atua?” (TO01)

“A gestão tem um outro funcionamento, que às vezes realmente te implica em algumas coisas...lá se atende reabilitação física e intelectual e ainda existe alguns embates... não enxergam o tanto que esses pacientes que chegam lá por um problema físico se beneficiaria se passem por outros profissionais... uma barreira ali de ter acesso a esses pacientes” (TO04).

De acordo com as análises realizadas e conforme os relatos identificados o setor privado promove maior acesso a recursos materiais, acesso mais eficaz e direcionamento às demandas dos usuários, início precoce à reabilitação e maior autonomia para organizar a prática, o que pareceu mais relacionado ao vínculo como autônomo.

“Autonomia tanto de montar agenda, de tempo de atendimento, de estabelecer protocolos, montar nossa agenda conforme a demanda dos que nos buscam. Então, a gente consegue oferecer um atendimento com mais qualidade no

sentido de eu poder ficar o tempo que for necessário com esse paciente e buscar atingir todos os objetivos dele [...] Diferente quando eu estava antes no SUS, né, que era tudo com um tempo cronometrado, uma agenda pré-estabelecida, uma população pré-estabelecida também” (TO02).

“Tenho essa autonomia para desenvolver o meu trabalho do jeito que eu faço a leitura, eu que analiso os pacientes, eu que detenho os critérios de elegibilidade. Então, eu tenho essa autonomia para desenvolver o trabalho frente à gestão e frente à equipe”. (TO08).

“O particular é muito flexível, a gente consegue propor estratégias melhores, o espaço a gente consegue adequar segundo as nossas necessidades, as necessidades do cliente. Então, é mais fácil de atuar dentro da clínica. uma vez que você quem vai investir naquilo, é você quem compra o recurso, é você quem estrutura o seu atendimento de alguma forma” (TO04).

A organização do serviço também é um elemento central para favorecer a **prática em equipe interprofissional** ou **multiprofissional**, não apenas na saúde, mas envolvendo educação, engenharia e arquitetura.

“Para a gente que trabalha a tecnologia assistiva, é importante a interdisciplinaridade. Então, a gente já tem parcerias estabelecidas de equipe, contando não só com profissionais de saúde, além da terapia ocupacional, mas também design e engenharia muito fortes na nossa equipe. E aí a gente tenta sempre levar essas discussões dos casos, as parcerias de gestão de material, de desenvolvimento de produto.” (TO05)

“Atualmente trabalho com equipe multiprofissional, que tem pedagogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social também, a gente tem suporte. E daí, quando eu identifico uma demanda de determinada área, eu já consigo acionar o profissional” (TO10).

A dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de Terapia Ocupacional (instituições públicas, privadas, clínicas, entre outras), tempo de fila de espera para iniciar o tratamento, tempo de atendimento reduzido são elementos da organização do serviço fortemente associados a oferta da prática dos profissionais participantes.

“Os usuários reclamam bastante da demanda da fila de espera, falam que demora bastante para conseguir atingir a vez deles. Isso porque hoje a nossa fila de espera está a 150

pacientes para 4 TOs” (TO06).

“É um serviço público da reabilitação ortopédica ... A questão da precocidade, né, muitas das vezes a gente tem aí um atraso, nessa inserção dos pacientes, que hoje, aqui onde eu atuo é tudo via regulação no SUS, então, nós temos aí um atraso de acesso a esse serviço”. (TO11).

Pelos relatos, a organização do próprio atendimento é atingida pelas questões da dificuldade do acesso implicando em atendimentos realizados de forma coletiva com um único horário a um conjunto de usuários. As propostas assemelham-se a um “orientador de práticas de exercícios” para grupos de quatro até doze usuários ao mesmo tempo, ou seja, uma precarização do trabalho com importantes impactos para o benefício terapêutico.

“[...] a gente está atendendo uma média de 4 ou 5 pacientes por horário. Então, acaba que o atendimento, ele não fica tão direcionado para o próprio paciente, né? A gente acaba que alguma coisa foge ali, é um atendimento mais grupal” (TO06).

“Os grupos são de 12 pessoas, que eu também acho que é ruim. São divididos em duas salas, então eu não consigo olhar para todo mundo ao mesmo tempo, colocar a mão nos pacientes, eu acho que isso é o mais difícil” (TO03).

Tais organizações de trabalho trazem impactos para os profissionais e o relato a seguir mostra uma das unidades deste núcleo de sentidos justificada pela escassez de profissionais e alta rotatividade de Terapeutas Ocupacionais contratados nos serviços.

“Somos apenas três TOs e eu acho que isso impacta muito na questão da nossa assistência, até porque nós três não vamos conseguir dar conta da demanda toda, e, assim, a gente tem passado por angústias no sentido de sentir que está perdendo espaço. Tem uma equipe que tem mais de 40 fisioterapeutas, mais de 10 psicólogos, 8 fonoaudiólogos, enfim, então é uma equipe que as outras categorias são maiores e a gente está em três”. (TO18).

Como mais um destaque relacionado a organização do serviço e as barreiras, destaca-se o impacto do uso de protocolos frente a situações agudas e subagudas no processo de reabilitação ortopédica e neurológica. “O entendimento da

necessidade de uma reabilitação precoce, para a gente voltar logo esse sujeito para a comunidade, é uma compreensão que às vezes ainda não está tão clara” (TO11).

4.3.1.2 Demandas do usuário

Embora do tema serviços já tangencia algumas características de usuários, entende-se que este tema é melhor compreendido ao evidenciar núcleos de sentido relacionados à demandas, problemas e/ou queixas nos diferentes contextos em que os terapeutas ocupacionais estão inseridos, a saber: os ambulatórios como local principal de atuação, domicílios e contextos hospitalares.

Esta análise permitiu reconhecer aspectos bastante relevantes da práxis da profissão na reabilitação do adulto, ou seja, saberes e práticas que dão sentido à profissão e que se estruturam a partir dos saberes profissionais nesta subárea.

Neste sentido foram identificadas etapas relacionadas ao reconhecimento das demandas distribuídas nos tópicos a seguir e depois representadas em alguns relatos.

a) Inicialmente os terapeutas ocupacionais identificam a origem da lesão, informando tratar principalmente de população com sequelas de lesões neurológicas.

b) Destacam as demandas relacionadas a estrutura e função do corpo, especialmente aquelas motoras e as relacionadas à atividade, especialmente esmiuçadas aquelas relacionadas às atividades de vida diária e, buscando especialmente reconhecer aspectos denominados como independência relacionada à estas atividades; Como forma de dar corpo a estes aspectos, os profissionais evidenciam o uso de medidas e instrumentos específicos para reconhecimento e mensuração.

c) Ao usar o raciocínio clínico, os profissionais buscam relacionar estas demandas iniciais aos impactos em ocupações ou participação dos sujeitos alvo da intervenção.

“Eu atendo pacientes neurológicos. A depender do diagnóstico, as queixas são diferentes, mas em sua maioria são relacionadas às limitações físicas ocasionadas pelas doenças” [...] “Então, a dificuldade na marcha, no equilíbrio, na movimentação do membro superior. Muitos pacientes afásicos, né? Então, a queixa da fala também é muito presente. Há muitos quadros depressivos, então o desânimo, a alteração da volição

são muito frequente” (TO07).

“Mas chega ali com uma sequela e é um sujeito que está fora do mercado de trabalho há um bom tempo. Isso aí gera diversas consequências sociais e econômicas para o usuário” (TO11).

“As principais questões são tanto questões motoras, quanto sensoriais. Então, deformidades, aumento de tônus, subluxações de ombros, alterações no desempenho das atividades básicas no dia-a-dia. São indivíduos com bastante dependência, pelas questões motoras, sensoriais. E, muitas vezes, a falta de acessibilidade para o ambiente que eles estão, acaba interferindo nessa funcionalidade” (TO12).

“Eles chegam como primeira queixa a necessidade de mexer o braço. Quando não dizem que querem andar! Precisamos direcionar eles para que a gente consiga afunilar e escolher isso dentro de uma ocupação, mas ainda é difícil transpor essa queixa para algo muito específico” (TO17).

“É muita demanda da questão motora, de voltar a conseguir pegar alguma coisa, movimentar o braço. Eles vão aprendendo, até durante a própria avaliação, o papel da terapia ocupacional dentro desse tratamento. Num primeiro momento é muito voltado para as questões de funções e estruturas corporais e, durante a avaliação, o paciente já vai percebendo que a terapia ocupacional pode oferecer outras coisas, e aí as queixas se voltam para as ocupações. Os instrumentos que eu utilizo também facilitam um pouco essa descoberta das queixas ocupacionais” (TO04).

4.3.1.3 Características e especificidades da prática profissional

Buscar organizar os dados relacionados ao tema da prática profissional surgiu da análise sobre como ocorre o reconhecimento das demandas e sua relação com os planos de tratamento, sendo compreendidos e apresentados na perspectiva da linguagem da CIF.

Foram realizadas diversas leituras destes dados e organizados em temas mais representativos e organizados no quadro 3.

Quadro 3- Resumo Temático – Análise de Uso da CIF e Instrumentos de avaliação

TEMA PRINCIPAL	SUBTEMAS	EXEMPLOS / EVIDÊNCIAS
1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS	Padronizados	COPM, MIF, Lawton & Brody, Katz, MOCA, EVA, dinamometria, Ashworth, PPS, Glasgow.
	Não Nenhuma entrada de índice de ilustrações foi encontrada. padr onizados / próprios	Avaliação aberta por entrevista; instrumentos criados no serviço; uso parcial da CIF (sem codificação).
2. USO DA CIF	Avaliações por função	Estrutura corporal: goniometria, força muscular, dor; Atividade e participação: COPM, P-Scale, QUEST.
	Aplicação parcial ou adaptada	Uso descritivo de barreiras; aplicação sem codificação formal; construção de <i>core sets</i> .
	Objetivos da CIF	Contribui para análise de fatores ambientais e estruturação do plano terapêutico.
3. MODELOS DE INTERVENÇÃO	Dificuldades	Resistência profissional; desconhecimento sobre como iniciar o uso da CIF.
	Modelo biopsicossocial	Compreensão do sujeito como um todo; relação entre estrutura, atividade e participação.
	Abordagem top-down	Participação como ponto de partida para o raciocínio clínico.
4. INFLUÊNCIA DO CONTEXTO E DO SERVIÇO	Ocupação como meio e fim	Uso de AVDs/AIVDs como treino e como meta terapêutica; definição de metas ocupacionais.
	Tipo de serviço define o modelo	Hospitalar: foco em AVDs e estrutura corporal; Reabilitação: maior uso da CIF e de instrumentos de participação.
	Adaptação à realidade local	Criação de protocolos próprios; escolhas influenciadas pela disponibilidade de instrumentos.
5. PRÁTICA CENTRADA NO CLIENTE	Definição conjunta de objetivos	Escuta ativa sobre dificuldades; metas construídas com base nas demandas e desejos do sujeito.

	Foco na autonomia	Intervenções voltadas para o ganho de independência e engajamento nas ocupações significativas.
6. DEMANDAS E LACUNAS IDENTIFICADAS	Repertório avaliativo limitado	Pouco uso de instrumentos para lazer, trabalho e participação social.

De acordo com os dados apresentados na tabela acima é possível inferir que, embora os profissionais reconheçam a importância da CIF e de seu modelo conceitual como importante ferramenta para a linguagem interprofissional, de forma a alcançar um raciocínio clínico mais robusto e completo, sua utilização e aplicabilidade é parcial ou utilizada de forma adaptada na prática clínica. Essa observação pode ser corroborada com a utilização prevalente de instrumentos voltados à estrutura e função do corpo (como Goniometria, dinamometria, escala de força muscular), sendo os instrumentos para atividade e participação menos utilizados

Comumente os objetivos terapêuticos foram definidos a nível de estrutura e função do corpo e considerando de forma mais limitada a participação e o contexto.

Dentro do modelo biopsicossocial, os domínios de atividade e participação conectam alguns instrumentos que os profissionais participantes desta pesquisa utilizaram, são eles: COPM, Lawton e Brody, MIF, P-Scale o que permite o raciocínio clínico centrado no cliente e nas ocupações significativas.

O ambiente domiciliar e social foi destaque no processo da avaliação e prática por alguns dos participantes, mas não houve referência ao uso padronizado de instrumentos. O fator limitante considerado pelos profissionais é que há pouca sistematização e ou coesão quanto aos instrumentos que abordam os fatores contextuais conforme o modelo biopsicossocial descreve.

Considerações e medidas utilizadas como direcionais a boas práticas da terapia ocupacional, no que concerne a utilização do modelo biopsicossocial. Embora os profissionais relatam domínio do sobre o raciocínio top-down, grande parte dos relatos busca primeiro identificar aspectos motores, sensoriais e orgânicos para depois identificar e relacionar aos aspectos ocupacionais o que evidencia uma forma da subárea se organizar em função das características dos serviços ou suas escolhas profissionais.

4.3.1.4 Referenciais associados à prática profissional

Como primeiro grupo que se destaca, ao buscar conhecer o que os profissionais utilizam como referenciais teóricos práticos e metodológicos que contribuem para a construção da prática profissional, destacam-se o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, o Modelo da Ocupação Humana, o Modelo biopsicossocial e a referência à AOTA.

Para os participantes, o MCDO e MOHO são referências para estruturar a prática centrada no cliente, com destaque para o uso da COPM e abordagem da Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional (CO-OP) como exemplos objetivos de uso de instrumento e abordagem.

Quanto mais a COPM já é centrada no cliente, então ela auxilia desde a avaliação, a gente já construir um plano de intervenção e uma metodologia mais baseada no cliente. E os estudos agora da ocupação que eu venho fortalecendo um pouco mais nesses últimos anos, principalmente dentro da terapia da mão, né, começar a incorporar as atividades ocupacionais ali no tratamento. Então, acho que basicamente é isso, centrada no cliente e na ocupação e os modelos básicos ali de biomecânica, cinesioterapia e o bobath nos sistemas, né? (TO04).

Eu me aproximo muito do modelo canadense assim, né, eu gosto muito dele acho que essa coisa de da prática centrada no cliente de entender... Eu entendo todos os dificultadores do modelo canadense no Brasil, em termos de... Não é uma metodologia que é muito frequente no Brasil, essa coisa da pessoa poder dizer, poder se colocar e ser protagonista do seu tratamento, da sua intervenção. Isso é muito difícil, eu acho. mas acho que também já dá um caráter da pessoa mesmo refletir sobre o seu processo de saúde e doença, né, o seu processo de reabilitação, assim, prestar atenção em coisas do seu dia a dia que possibilitam ela também generalizar ou uma intervenção que a gente faça ou questionar mesmo e pensar ela mesma às vezes numa resolução. Então acho que o que mais me norteia é o modelo o que a gente consegue adaptar para o Brasil aqui, e aí usando a medida canadense, a COPM (TO19).

Então, a AOTA é algo que sempre eu vou lá e consulto em relação a muita coisa que eu acho que é... Todo profissional tinha que ter embaixo do braço, né? Então, eu acho que de teoria é muito isso. Eu tenho usado muito também o co-op. Coop, isso. Que vem muito da cognição funcional e volta muito para a ocupação. Em alguns momentos, dependendo do

paciente, eu utilizo muito o Terapia Orientada a Tarefa (TOT) (TO18).

Em relação às abordagens e quadros de Referência, as práticas profissionais observa-se melhor domínio e clareza sobre a forma com estas integram a prática profissional. Neste sentido destacaram-se: a) Abordagem Neuroevolutiva / Conceito Bobath; b) Controle Motor e Aprendizagem Motora; c) Terapia Orientada à Tarefa (TOT); d) Biomecânico e Cinesiológico; e) CO-OP (*Cognitive Orientation to daily Occupational Performance*).

Neste sentido, alguns profissionais são citados, instituições e demandas clínicas. Assim, tem-se que as referências a, b e c dizem respeito a conceitos que se aplicam a prática de reabilitação neurológica enquanto a referência “d” diz respeito também aos quadros ortopédicos e traumáticos para reabilitação motora e; a referência “e” diz respeito a um programa de terapia ocupacional voltados a realização de tarefas motoras com estratégias cognitivas para melhora do desempenho do sujeito.

Na neurologia é o Bobath neurodesenvolvimento, e hoje em dia a terapia é centrada no cliente e na ocupação (TO04).

Então, eu uso um pouco de tudo, eu uso desde, sabe, desde da biomecânica, né, teoria da biomecânica, até a ocupação humana, a referência da ocupação humana. Eu preciso da neuropsicologia também. É mais porque eu tento observar o indivíduo como um todo. Como eu falei, pra mim o que importa é que eu vejo como TO. O que é importante é o paciente e não sou eu que vou definir. Eu vejo o que o paciente precisa, mas vai depender também do contexto de como ele é cuidado. Se ele tem aquele cuidador que é contratado, eu vou ensinar como estimular (TO08).

Então, um pouco dos referenciais da terapia da mão mais voltada para essa questão de cada músculo, o que eles podem fazer, como está fortalecendo também. Ai, questões também sensoriais, mas pensando em uma estimulação sensorial mais ativa, né? (TO12).

A bíblia que eu uso é a reabilitação da mão, né?(TO16)

De forma geral os profissionais referem que a compreensão e uso de prática centrada no cliente e na ocupação são significativos para sua prática. Referem-se ao

foco nas atividades significativas e no cotidiano do paciente, embora seja evidente que há usos distorcidos sobre estes constructos. Neste sentido, há profissionais que referem pouca acessibilidade a estes referenciais.

Demonstram rejeição às práticas que priorizam exclusivamente a função muscular sem conexão com ocupações reais e demonstram ênfase no engajamento ocupacional como forma de

E os estudos agora da ocupação que eu venho fortalecendo um pouco mais nesses últimos anos, principalmente dentro da terapia da mão, né, começar a incorporar as atividades ocupacionais ali no tratamento (TO04).

E também acho que, assim, pensando um pouco mais nas nossas práticas da TO, uma prática sempre baseada e centrada ... ocupação, que acho que é muito importante, então aquilo que é importante para o indivíduo, tentar trazer de uma forma mais funcional ali, voltada para as atividades do dia a dia, e também centrada nesse indivíduo mesmo. Então, o que é significativo para ele, por mais que às vezes a gente julgue outras atividades como prioridades daquele momento, mas se não for para o indivíduo, tentar também dar foco nesse trabalho, baseando isso. no que é importante tanto para o indivíduo e que foi analisado, né, visto na avaliação como necessário também (TO12).

O recorte a seguir mostra uma importante reflexão da construção da história profissional de parte destes participantes.

Porque eu não queria, eu queria ficar falando a linguagem de TO, mas para que outros profissionais entendessem. E alguns modelos me deixam falando [TOsês. só para TO's – metáfora utilizada para explicar linguagem própria dos profissionais terapeutas ocupacionais], e aí eu vou ficar falando só com TOs e vai ficar uma comunicação massa num universo paralelo que só tem TO mas não me permite alcançar o entendimento do meu fazer para um fonoaudiólogo, para um fisioterapeuta e para os profissionais médicos, que são os que eu lido mais no dia a dia, assim, eu sempre emito relatórios e nos meus relatórios eu coloco lá, listos subdivididos estruturas... estruturas e funções do corpo, funções do corpo, atividades, participação, fatores ambientais. Então eu percebo que depois de anos que eu já utilizei dessa forma e quando eu comecei a utilizar eu senti que houve um entendimento mais claro do que eu tava fazendo. Então assim, não vi motivo para tentar fazer diferente, para utilizar dentro de outro modelo, falando modelo

especificamente. referenciais, veja só quando eu comecei a estudar na parte de reabilitação física lá, muito tempo atrás a gente não tinha tantos referenciais com tanta força então eu acabei eu utilizei muito, bebi muito da fonte de outros profissionais da fisioterapia, pra me apropriar mais desse olhar da parte física tá? Sendo no recorte mais assim, mais estruturas e funções... (TO17).

Ainda se destaca aqui os referenciais específicos relacionados à tecnologia assistiva, seja como recursos, em relação às avaliações ou análise sobre abandono.

De Tecnologia Assistiva a gente vai para produto e serviço, né? Quando a gente fala serviço, está falando de avaliação, de indicação, de prescrição, de acompanhamento de toda a etapa do serviço e desenvolvimento de produto, ou seja, indicação e desenvolvimento. Pode ser o desenvolvimento de um produto que não existe ou uma adequação postural (TO05).

[...] atualmente, meus principais norteadores, para além da coisa da tecnologia assistiva, né? Da literatura sobre tecnologia assistiva. e do que está implicado na adesão ao tratamento, na satisfação com o uso (TO19).

O quadro 4 a seguir mostra uma síntese das informações relacionadas aos desafios e potencialidades relacionadas à tecnologia assistiva na reabilitação física.

Quadro 4 Desafios e Potenciais Relacionados à Tecnologia Assistiva em Reabilitação Física

Aspecto	Dados/Percentual dos Participantes	Principais Desafios e Potenciais	Limitações,
Formação em tecnologia assistiva na graduação	36% receberam formação adequada	A maioria avalia como superficial, insuficiente e com baixa carga horária	
Produção/adaptação de recursos nos serviços	71% confeccionam, adaptam ou prescrevem	Muitas vezes baseada em iniciativa própria, criatividade e uso de materiais alternativos	
Barreiras materiais e financeiras	60–64% citam falta de insumos e recursos	Dificuldade para adquirir materiais especializados, alto custo de tecnologias importadas, ausência de fluxo contínuo de insumos	
Atualização profissional e inovação	38% buscam cursos extracurriculares	Predomínio de formação autodidata, pouco acesso a capacitações avançadas	
Parcerias e projetos colaborativos	Relatos em regiões com universidades/ONGs	Sucesso em experiências de impressão 3D, coprodução, integração com engenharias	
Falta de políticas públicas/fluxo institucional	Relatos recorrentes; judicialização frequente	Ausência de protocolos claros para fornecimento, manutenção e logística de TA; demora e burocracia no SUS	
Acompanhamento e avaliação do uso da TA	Citado como insuficiente por >40%	Falta de tempo para acompanhamento longitudinal, ausência de equipe multidisciplinar integrada	

O tema evidenciado aqui mostra uma realidade da prática de terapeutas ocupacionais na reabilitação física que apresenta uma preocupação com o sujeito, sua capacidade, suas ocupações e sua participação. Esta práxis, saberes e práticas construídas nos próprios contextos de trabalho e que traz bastante fortalecida a intervenção sobre estrutura e função como uma dinâmica própria da construção dos profissionais que se utilizam fortemente de estratégias multiprofissionais para desenvolver sua especificidade nestes cenários.

Os contextos de formação consideram o sujeito da ação, mas apresentam poucos elementos sobre como a linguagem própria da terapia ocupacional pode contribuir para sua prática profissional e, por hora, com críticas a esta linguagem, não ancorada nos aspectos biomédicos.

Há, no entanto, profissionais que mostram como construir caminhos para trazer elementos próprios do objeto da profissão para sua prática, mostrando alguns caminhos de construção.

Por último, destaca-se a fala de uma das participantes que mostra este distanciamento.

Vamos ver se eu vou conseguir, né? Acho que eu sou mais, como eu falo, TO em linha de frente, aquela que está sempre fazendo muito e pouco para, às vezes, para pensar no que faz, né? (TO02).

Esses relatos expõem uma lacuna comum entre prática e teoria, bem como o reconhecimento de um saber empírico válido, mas pouco formalizado.

4.3.1.5 Raciocínio profissional

As reflexões dos profissionais possibilitaram características importantes que mostram como estes constroem seu raciocínio profissional na prática clínica.

O profissional começa a construir seu raciocínio com elementos que ele define que serão elencados.

Pelos relatos analisados e categorizados entendemos que sete terapeutas não citaram elementos claros para compreender que o raciocínio profissional era voltado para a solução de problemas relacionados à ocupação. Sendo assim, 12 relatos apontaram este enfoque, seja no contexto clínico ambulatorial ou hospitalar.

Antes de analisar o prontuário e a doença, busca levantar informações com o próprio sujeito de forma não estruturada “porque você está aqui?” (TO01).

Construção do raciocínio: pelo prontuário analisa a elegibilidade a partir da funcionalidade do paciente hospitalizado raciocínio para solução de problemas relacionados à ocupação. Usa observação da realização da atividade para avaliação e informações da família. Realiza avaliação funcional e cognitiva

para e com atividades de alimentação e raciocínio para solução de problemas relacionados à ocupação. (TO08)

Dentre os demais destacam-se que o raciocínio científico é um processo hierárquico, conforme ilustrado a seguir.

Primeiro momento, eu vou tentar estabilizar essa mão, vou tentar dar força para ela. Se não estiver estabilizada, não vou conseguir dar força para ela, para a utilização de ferramentas que geralmente esse paciente utiliza. Então ele vai precisar passar por um processo que vai ter um afastamento do trabalho, vai ter que se encostar no INSS durante um tempo. Vou trabalhar com ele essa estabilização da mão, depois sim que vou trabalhar na verdade a função dessa mão, que não é necessária a força, aí é necessário ter função para depois sim trabalhar a quantidade de força ali” (TO09).

Ainda sobre o raciocínio profissional, dez dos participantes referiram a importância da análise da atividade.

Faz análise da atividade pelas dificuldades relatadas pelo sujeito (TO01)

Busca identificar as demandas ocupacionais e papéis ocupacionais através da análise da atividade e por meio de graduação da mesma, a partir da necessidade realiza exercício preparatório (TO13)

Considera-se a análise da atividade com ênfase na tarefa, baseado em todos os contextos de desempenho (TO17)

4.3.1.6 Reflexões sobre a Terapia Ocupacional

A análise das 19 respostas evidencia um panorama complexo e multifacetado da atuação da TO na reabilitação física no Brasil, refletindo tensões históricas, desafios contemporâneos e perspectivas futuras. As falas revelam tanto os avanços quanto as fragilidades da profissão nesse campo.

Centralidade da ocupação e a crise de identidade profissional

Uma das categorias mais recorrentes é a preocupação com a perda da centralidade da ocupação como elemento norteador da prática. Os participantes identificam o risco de a Terapia Ocupacional se reduzir a uma aplicação de técnicas, desvinculadas de uma análise ocupacional profunda.

"Meu medo é esse, da gente crescer à custa de técnicas... abordagens vão e voltam... o nosso olhar precisa ser para a ocupação, que é a nossa base." (TO01)

Além disso, é perceptível a frustração com a naturalização do uso de abordagens como Integração Sensorial, ABA ou técnicas cinesioterapêuticas como substitutas da prática ocupacional.

"O que tem me incomodado muito é a questão da técnica e não da TO em si... aplicação de uma técnica que pode até ser efetiva, mas que não é a essência da Terapia Ocupacional." (TO19)

Disputa de espaços profissionais: invisibilidade e sobreposição de funções

Outra categoria central nas falas é a disputa por espaço profissional. Os participantes relatam uma crescente apropriação de saberes e práticas da TO por outras profissões, principalmente a Fisioterapia.

"Vejo muito fisio usando muitas coisas da Terapia Ocupacional... a própria análise da atividade" (TO13).

Fragilidade na formação acadêmica e lacuna científica nacional

As respostas também apontam uma lacuna significativa na formação acadêmica e na produção científica nacional voltada à reabilitação física.

"A ausência de produção brasileira de qualidade na área é um grande problema. A gente acaba se embasando muito mais em literatura internacional" (TO18).

Engajamento político e a luta por reconhecimento formal

A falta de reconhecimento institucional da reabilitação física como área oficial

da Terapia Ocupacional, pelo COFFITO, é vista como um obstáculo significativo.

"É uma indignação que o COFFITO ainda não reconheceu a reabilitação física como uma área da TO" (TO14).

A prática baseada em evidências como caminho de legitimação

Um aspecto positivo emergente nas respostas é a valorização da prática baseada em evidências. Parte dos participantes demonstrou compreensão sobre a importância da incorporação de protocolos, *guidelines* e instrumentos validados.

"Quando trazemos evidência científica para o que fazemos, não tem como dar errado" (TO11).

Necessidade de um olhar ampliado: para além da biomecânica

Outro tema recorrente é a crítica ao modelo biomédico centrado apenas na função física. Os participantes defendem a inclusão de dimensões sociais, emocionais e de participação social nas intervenções.

"Que sujeito é esse que a gente está acompanhando? Que vida essa pessoa tem? Que papéis ela desempenha?" (TO15).

5 DISCUSSÃO

5.1 Perfil e Formação dos Terapeutas Ocupacionais na Reabilitação Física

A análise integrada dos dados das fases quantitativa e qualitativa do presente estudo revela um perfil de terapeutas ocupacionais, com idade entre 31 e 45 anos, formação superior em ensino presencial e significativo investimento em especializações, cursos de aperfeiçoamento e formação continuada. Cabe destacar a predominância de profissionais do Sudeste e dos grandes centros urbanos, especialmente São Paulo — tendência coerente com outros levantamentos nacionais (Mariotti et al., 2016; Oliveira et al., 2023).

A frequência elevada de cursos *lato sensu* (64% dos participantes) e cursos livres ou de curta duração evidencia uma busca constante por atualização. Relatos qualitativos reforçam que a trajetória profissional é marcada pela inquietação diante das mudanças epidemiológicas, da crescente complexidade dos casos atendidos e da exigência de novas competências diante da ampliação dos campos de atuação do terapeuta ocupacional.

Esse fenômeno é interpretado por Soares et al. (2022) como um reflexo da “profissionalização fragmentada” que caracteriza a Terapia Ocupacional e boa parte das profissões de saúde no Brasil, evidenciando tensões entre formação técnica, exigência mercadológica e políticas públicas de valorização. Ao mesmo tempo, a literatura aponta que alto grau de especialização não se converte, automaticamente, em melhores condições de trabalho, remuneração ou estabilidade (Mariotti et al., 2016). De fato, relatos de profissionais com múltiplas pós-graduações em situação de precarização laboral ou com contratos temporários são frequentes — fenômeno especialmente crítico na rede pública de saúde.

No cenário internacional, a World Federation of Occupational Therapists (WFOT, 2021) destaca a necessidade de alinhamento entre formação acadêmica e demandas reais do mercado e dos sistemas de saúde. Em países que avançaram em políticas de carreira, como Canadá, Austrália e Reino Unido, os profissionais são incentivados a investir em liderança clínica, pesquisa e inovação — o que reverbera em melhores indicadores de permanência no serviço, reconhecimento institucional e

capacidade de resposta a demandas emergentes. A ausência de políticas formais de progressão, reconhecimento salarial e fortalecimento da carreira no Brasil constituem, portanto, fatores de vulnerabilidade para os terapeutas ocupacionais, potencializando fenômenos de rotatividade profissional, insatisfação e perda de talentos qualificados (Rafani et al. 2024).

A análise crítica desses dados revela, portanto, que a Terapia Ocupacional em reabilitação física no Brasil é composta por profissionais do gênero feminino, com destaque por procurar especializações e formação continuada. No entanto, esse esforço de atualização contrasta com a escassez de políticas institucionais de valorização profissional, e com a persistência da desigualdade regional em oferta de vagas, oportunidades de carreira e infraestrutura de serviços, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país (Oliveira et al., 2023; Soares et al., 2022).

A concentração regional observada dialoga com desigualdades históricas de acesso à formação superior e à infraestrutura de serviços especializados no Brasil. Enquanto regiões como o Sudeste e o Sul apresentam proporção de até 4,3 profissionais da área por 100 mil habitantes, no Norte e Nordeste essa relação cai para menos de 1,5 (Oliveira et al., 2023). Isso impacta tanto a oferta quanto a qualidade dos serviços, multiplicando a sobrecarga em municípios periféricos e, por vezes, obrigando profissionais a atuar em múltiplos campos e áreas — assistência, gestão, ensino, perícia e pesquisa — simultaneamente.

Ao mesmo tempo em que os terapeutas ocupacionais investem em sua capacitação com vistas à excelência técnica, permanecem enfrentando limitações impostas pela baixa valorização salarial, supervalorização de algumas áreas de atuação da Terapia Ocupacional, como a área de neurodesenvolvimento infantil com remunerações elevada, vínculos temporários e alta rotatividade, fatores que acabam por impactar tanto a qualidade da assistência quanto a permanência desses profissionais na reabilitação física do adulto. Esse quadro demanda, portanto, não apenas esforços individuais, mas sobretudo o fortalecimento de políticas públicas e gestões institucionais comprometidas com a carreira, o reconhecimento e a fixação do terapeuta ocupacional em todo o território nacional – condição essencial para a consolidação de práticas inovadoras e socialmente transformadoras na reabilitação física de adultos.

5.2 Distribuição de Atividades, Multifuncionalidade e Sobrecarga

O cenário evidenciado nas etapas 2 e 3 deste estudo demonstra que o terapeuta ocupacional em reabilitação física, no Brasil, acumula funções diversas, além da assistência direta ao paciente. Dados quantitativos revelam que, embora a maioria atue prioritariamente em atendimento clínico individual ou grupal, uma parcela expressiva participa simultaneamente de atividades administrativas, ensino, pesquisa, supervisão de estágios e coordenação de equipes.

Os relatos qualitativos acentuam o caráter polivalente dessa atuação e trazem à tona o impacto subjetivo da sobrecarga.

Essa multifuncionalidade é interpretada, em parte, como resposta à escassez de profissionais e recursos humanos nas equipes, especialmente na rede pública e em localidades do interior do país (Soares et al., 2022; Oliveira et al., 2023). Ao mesmo tempo, pode ser resultado de configurações contratuais precárias, ausência de plano de carreira, pouca valorização salarial e cultura institucional que naturaliza a sobreposição de tarefas sobre poucos profissionais.

A literatura internacional oferece reflexões convergentes: estudos analisando o fenômeno do *burnout* em terapeutas ocupacionais mostram que equipes sobrecarregadas, com alta rotatividade de funções e baixa autonomia organizacional, apresentam maiores índices de adoecimento físico e mental, queda de produtividade e perda de qualidade assistencial (Mateu et al., 2022; WFOT, 2021; AOTA, 2020).

Resultados correlacionados das etapas 2 e 3 apresentam que os profissionais muitas vezes enfrentam dificuldades referentes a indisponibilidade de tempo e caráter dos atendimentos (coletivos em detrimento aos individuais) para aprofundamento de avaliações e intervenções que sejam centradas em demandas do cliente, tornando-o sujeito ativo e protagonista do processo terapêutico. Os profissionais relatam, de modo recorrente, que a necessidade de atender a demanda os obriga a realizar atendimentos mais curtos, priorizando metas institucionais (como número de pacientes atendidos) em detrimento de processos terapêuticos mais amplos e centrados na ocupação.

5.3 Processo de Avaliação e Instrumentos Utilizados: Entre o Modelo Biomédico e a Abordagem Biopsicossocial

Considerando o referencial da American Occupational Therapy Association e a estrutura do *Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)*, os dados da Tabela 7 podem ser analisados a partir da distribuição dos elementos avaliados nos diferentes domínios da Terapia Ocupacional. O próprio texto já organiza os itens segundo os componentes do domínio da prática: ocupações, fatores do cliente, habilidades de desempenho, padrões de desempenho e contextos.

Assim, é possível identificar um predomínio das ocupações nas avaliações, pois os dados demonstram que os terapeutas ocupacionais avaliam com maior frequência aspectos relacionados às ocupações, especialmente: Atividades de Vida Diária (98,2%); Atividades Instrumentais de Vida Diária (93,9%); Trabalho (88,1%); Lazer (84,5%); Participação social (79,8%). Isso sugere um alinhamento importante com o OTPF, que compreende a ocupação como núcleo central da prática terapêutica ocupacional. As AVDs aparecem como principal foco avaliativo, indicando prioridade na investigação da funcionalidade e independência do sujeito no cotidiano.

No entanto, identifica-se também uma forte presença do modelo biomédico/fatores corporais considerando os altos percentuais atribuídos às habilidades motoras (97,3%); funções corporais (90,8%); estruturas corporais (90,8%). À luz da AOTA, isso evidencia uma prática que integra fatores do cliente e habilidades de desempenho ao entendimento ocupacional. Contudo, a elevada frequência desses itens pode indicar uma tendência ainda fortemente influenciada pelo modelo biomédico, especialmente quando comparada à menor frequência de elementos subjetivos e socioculturais. Outro aspecto importante é a menor valorização de dimensões subjetivas e simbólicas. Isso pode ser identificado quando se encontram aspectos como valores, crenças e espiritualidade (60,6%); rituais (45% e brincar (44%) aparecem com frequência significativamente inferior. Pelo referencial da AOTA, esses componentes também são fundamentais para compreender identidade ocupacional, significado das ocupações e participação social. A baixa frequência pode indicar: dificuldade de operacionalização desses aspectos na prática clínica; influência de contextos institucionais centrados nos aspectos de estrutura e função corporal; priorização de demandas físicas e objetivas nas avaliações. Essa diferença revela possível lacuna entre o modelo teórico ampliado da AOTA e a prática

efetivamente realizada.

Com relação aos contextos e padrões de desempenho, estes aparecem de forma intermediária. Os fatores ambientais (84,4%), fatores pessoais (85,3%), rotina (87,2%) e hábitos (80,7%) apresentam frequências elevadas, indicando reconhecimento da influência contextual sobre o desempenho ocupacional. Entretanto, papéis (72,5%) e rituais (45%) são menos investigados, o que pode sugerir uma avaliação mais voltada à funcionalidade cotidiana do que à construção identitária e cultural das ocupações.

Desta forma, considerando as avaliações utilizadas, entende-se que há coerência geral entre os elementos avaliados e os domínios da prática definidos pela AOTA; os profissionais demonstram forte atenção às ocupações básicas e às capacidades funcionais; componentes subjetivos, simbólicos e culturais ainda parecem menos incorporados às avaliações; a prática avaliativa pode estar mais centrada no desempenho funcional do que na experiência ocupacional integral do sujeito.

No entanto, ao analisar os instrumentos utilizados pelos profissionais, entende-se que há divergências importantes entre o que é utilizado e o que se tem por objetivo na avaliação.

Os dados deste estudo evidenciam que a avaliação realizada pelo terapeuta ocupacional na reabilitação física ainda privilegia instrumentos tradicionais, como o Índice de Barthel, a MIF, o Mini-exame do Estado Mental, entre outros protocolos padronizados. Na fase quantitativa, 78% dos respondentes relataram utilizar prioritariamente esses instrumentos para mensurar independência, evolução motora ou desempenho em atividades de vida diária, especialmente em contexto hospitalar e ambulatorial.

Porém, os depoimentos dos participantes das entrevistas revelam inquietação crescente com a limitação dessas medidas em capturar dimensões de participação, significado ocupacional e contexto social. Muitos profissionais buscam, sempre que possível, adaptar protocolos ou lançar mão de avaliações colaborativas, envolvendo famílias e equipes interdisciplinares.

Kielhofner (2009) aponta para o desafio de romper o reducionismo do modelo biomédico e ampliar o olhar para a complexidade das ocupações humanas, com valorização do relato do usuário, de suas escolhas e do ambiente. Referenciais como o MOHO e a CIF, recomendados em documentos da WFOT (2021) e do Ministério da

Saúde, são reconhecidos por seu potencial de trazer essa abrangência, contudo a aplicação sistemática carece de investimento em formação e mudança organizacional.

5.4 Tecnologia Assistiva: Formação, Demandas, Aplicação e Barreiras

A TA desponta como elemento fundamental no cotidiano da reabilitação física, mas também como um dos grandes desafios formativos, institucionais e mercadológicos para terapeutas ocupacionais no Brasil. Os dados deste estudo mostram que, apesar de 71% dos profissionais relatarem confeccionar, adaptar ou prescrever algum tipo de tecnologia assistiva no exercício do trabalho, e a maioria avalia esse conteúdo como superficial ou insuficiente.

Nas entrevistas, a TA aparece tanto como campo de inovação quanto de improviso: muitos profissionais apontam que desenvolvem talento autodidata ou constroem recursos a partir de experiências práticas, uso de materiais de baixo custo e colaboração informal, por falta de insumos, equipamentos avançados ou protocolos padronizados. Entre as barreiras práticas mais frequentes aparecem: Escassez de materiais (falta de termoplástico, impressão 3D, recursos de comunicação); Falta de financiamento institucional e ausência de fluxos públicos claros de oferta, manutenção e substituição de dispositivos (especialmente no SUS); Ausência de diálogo efetivo entre profissionais de diferentes áreas (TO, fonoaudiologia, fisioterapia, engenharias); Falta de tempo para acompanhamento longitudinal do uso e impacto funcional das tecnologias prescritas; Judicializações frequentes para acesso a recursos de maior valor ou mais inovadores.

Por outro lado, experiências positivas e inovadoras surgem especialmente em contextos em que o terapeuta ocupacional consegue articular redes entre universidade, serviço público ou empresas locais, fomentando a coprodução participativa e o uso criativo de materiais diversos para suprir carências do sistema. A literatura destaca que, em sistemas internacionais organizados, há linhas de financiamento, protocolos nacionais para prescrição, manutenção regular dos dispositivos e equipe multidisciplinar capacitada (Cook; Polgar, 2020; WHO, 2018).

Consolidar a prática de excelência em tecnologia assistiva requer ações articuladas entre formação universitária, políticas públicas, financiamento e inovação

colaborativa. O cenário atual revela que os avanços são impulsionados majoritariamente por iniciativas individuais e parcerias locais, enquanto as barreiras persistem principalmente devido à falta de estratégias institucionais e normatização nacional efetiva. A literatura reforça que para reverter esse cenário é imprescindível aproximar o ensino de tecnologia assistiva nas universidades às demandas reais dos serviços, promover capacitação permanente, articular redes interprofissionais e garantir políticas públicas de fornecimento, ajuste e avaliação contínua dos recursos (Cook e Polgar, 2020; WFOT, 2021; Mugnol et al., 2022).

O protagonismo do terapeuta ocupacional é evidente na capacidade de improvisação e adaptação de recursos para suprir as necessidades dos usuários. Contudo, tal protagonismo carrega consigo desgaste, frustração e limitações em termos de alcance, qualidade e equidade. O resultado é uma oferta desigual e, frequentemente, descontínua - dependente do "espírito empreendedor" do profissional e do contexto institucional em que está inserido.

Trata-se não apenas de garantir acesso a dispositivos, mas de assegurar que esses recursos estejam apropriados às realidades, culturas e projetos de vida dos sujeitos atendidos.

A superação dessas barreiras representa um caminho promissor para o fortalecimento da participação social, da autonomia e da cidadania das pessoas com deficiência ou restrição de mobilidade, ao mesmo tempo que reposiciona a TO brasileira como protagonista e referência em inovação social e tecnológica.

5.5 Objetivos, Metas Clínicas e Estratégias de Intervenção na Perspectiva dos Usuários

A análise integrada dos dados revela que há um distanciamento frequente entre as metas clínicas estabelecidas nos serviços de reabilitação física e os objetivos subjetivos e reais dos próprios usuários. Embora 82% dos terapeutas ocupacionais afirmem discutir objetivos em conjunto com pacientes e familiares no início do processo terapêutico, apenas 41% relatam revisar sistematicamente essas metas ao longo do acompanhamento.

Os relatos qualitativos apontam que, em muitos contextos, a definição de metas é influenciada pelas demandas institucionais — como alta funcional, cumprimento de protocolos de produtividade ou aplicação de escalas padronizadas

—, restringindo a abordagem às dimensões biomédicas e funcionais do cuidado.

Tal descompasso é percebido no cotidiano dos serviços e, quando os objetivos do tratamento não contemplam o significado ocupacional, a participação social e o desejo de autonomia dos sujeitos, surgem efeitos colaterais negativos como insatisfação, baixa adesão, ruptura precoce do vínculo terapêutico e dificuldade para transferência dos ganhos clínicos à vida cotidiana (AOTA, 2020).

O foco excessivo em metas funcionais tradicionais e indicadores quantitativos restringe o potencial transformador da reabilitação, promovendo uma experiência que, para muitos pacientes, se encerra em “altas precoces”, sensação de abandono e baixa sustentação dos avanços alcançados (Townsend & Polatajko, 2013). Os próprios terapeutas ocupacionais, como descrito nas falas dos participantes, experienciam sentimento de impotência diante das limitações institucionais impostas, mesmo quando reconhecem a centralidade dos desejos e significados individuais no processo de cuidado.

Na direção oposta, experiências que centram a intervenção no protagonismo do usuário e promovem construção coletiva de metas demonstram impacto positivo: maior engajamento, melhor manutenção dos resultados e sentimento ampliado de autonomia. Abordagens como entrevistas motivacionais e o trabalho com contratos terapêuticos colaborativos elevam a satisfação e a efetividade do processo reabilitativo (Law et al., 1996; Kielhofner, 2009; WFOT, 2021).

Superar o hiato entre as metas institucionais e as expectativas dos usuários depende não apenas de iniciativas individuais, mas de uma revisão crítica dos modelos institucionalizados de cuidado, da formação orientada à tarefa e negociação de objetivos, e da construção compartilhada de planos terapêuticos, que considerem o contexto sociofamiliar e comunitário de cada pessoa.

5.6 Tensões Institucionais, Políticas Públicas, Desigualdade Regional e Desafios Futuros

A análise integrada dos dados deste estudo evidencia que a reabilitação física em TO no Brasil se desenvolve em um cenário marcado por tensões estruturais profundas, estruturadas em três grandes eixos: a precarização institucional, as lacunas das políticas públicas e a acentuada desigualdade regional (Rafani et

al.,2024).

A desigualdade regional se expressa tanto na disponibilidade de profissionais quanto na infraestrutura dos serviços e acesso à tecnologia assistiva. O Norte e o Nordeste apresentam escassez de profissionais, longas filas de espera e imprevisto na assistência, enquanto Sul e Sudeste concentram centros de excelência, sobretudo em grandes capitais. Há relato de usuários atravessando centenas de quilômetros para acessar atendimento especializado, agravando desigualdades já históricas do sistema de saúde brasileiro (Sixel et al.,2024).

Há inúmeros desafios enfrentados para a consolidação da profissão no território, abrangendo as capacidades igualitárias de atendimento à diversidade da população brasileira. A desigualdade regional, revelada na escassez de profissionais e serviços em grandes áreas do território, agrava quadros históricos de vulnerabilidade social, colocando em risco tanto a integralidade quanto a universalidade do cuidado previsto pelo SUS (Faria et al., 2023). O campo da reabilitação física em Terapia Ocupacional, embora apresente avanços administrativos, técnicos e científicos desde a institucionalização às práticas no SUS, permanece marcado por profundas assimetrias regionais, institucionais e formativas (Galheigo et al., 2018; Brasil, 2017).

O predomínio da concentração de recursos em grandes centros urbanos e a falta de interiorização de políticas e equipamentos de reabilitação física perpetuam um ciclo em que populações rurais, indígenas e periféricas permanecem subtendidas ou dependentes de soluções improvisadas. Essa situação não se restringe apenas à ausência de profissionais, como visto nos resultados desta pesquisa, mas se evidencia na precariedade dos vínculos, rotatividade frequente de equipes, falta de incentivos à fixação e à educação permanente, bem como no achatamento dos investimentos públicos para qualificação e inovação da área. A desigualdade regional, amplamente documentada (Pereira et al., 2020; Mendes; Diniz, 2022), limita o acesso à reabilitação nas regiões Norte e Nordeste e interior do país, onde a escassez de profissionais, infraestrutura precária e dependência de judicialização ainda são rotina. Em contrapartida, o Sudeste e Sul concentram não apenas maior número de profissionais e centros de excelência, mas também iniciativas inovadoras de coprodução e extensão universitária (WFOT, 2021).

Apesar das adversidades, experiências inovadoras e parcerias regionais mostram que é possível caminhar para a superação de algumas dessas barreiras

(Souza et al., 2022). Ações como interiorização da formação, residências multiprofissionais descentralizadas, projetos de extensão universitária, redes colaborativas entre serviços públicos, ONGs e movimentos sociais têm contribuído para fortalecer o campo, diversificar estratégias e amplificar a voz e o protagonismo da Terapia Ocupacional na reabilitação física (Faria, 2023).

A recomendação consensual da WFOT (2021) é que países invistam em práticas baseadas em participação, linhas de cuidado regionalizadas e políticas de formação contínua, para mitigar desigualdades e garantir equidade.

É fundamental, no entanto, que estratégias locais sejam acompanhadas de políticas públicas robustas, financiamento regular e ações intersetoriais coordenadas, para que essas experiências pontuais possam se transformar em modelos replicáveis e sustentáveis em todo o país.

5.7 Políticas Públicas e Linhas de Cuidado

Apesar de avanços como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2017) e o papel dos Centros Especializados em Reabilitação, persistem falhas nos fluxos de referência e contrarreferência, financiamento insuficiente, judicialização para acesso a tecnologias e falta de instrumentos regulatórios eficazes para garantir continuidade e abrangência do cuidado (Galheigo et al., 2018; Mendes e Diniz, 2022). O resultado, na prática, é que a assistência à reabilitação se torna desigual, fragmentada e dependente de iniciativas isoladas ou da “boa vontade” de agentes locais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou caracterizar a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que desenvolvem ações de reabilitação física com a adultos no Brasil e foi realizado envolvendo a elaboração e validação de um instrumento de coleta (fase 1), de dados específico para esta população, uma fase de coleta de coleta e análise de dados quantitativa envolvendo 109 participantes e uma fase de coleta e análise de dados qualitativa envolvendo 19 participantes.

Desta forma foi possível identificar características específicas sobre os locais de trabalho e demandas da população que contribuíram para compreender aspectos relacionados à práxis profissional. De forma complementar, tanto na etapa qualitativa quanto quantitativa foi possível identificar diversas características específicas do trabalho destes profissionais. Destaca-se, como já foi discutido, a relevância das formações complementares e também lato sensu realizada pelos profissionais, mostrando a busca por instrumentar a prática de acordo com características do mercado de trabalho.

Dentre os participantes que se disponibilizaram, destaca-se o trabalho e serviços públicos de reabilitação e também em clínicas particulares para a maior parte do grupo, o que indica também características do mercado de trabalho e a falta de profissionais para esta ação. Nestes serviços, identificou-se a porcentagem de participantes realizando ações específicas de reabilitação neurológica e na traumatologia ortopedia e, desta forma, a caracterização de práticas, instrumentos e raciocínios descritos estão ligados a este grupo profissional.

Com relação aos referenciais que norteiam a prática, pode-se compreender que os profissionais passaram a incorporar a linguagem e conceitos propostos pela CIF, enquadrando no raciocínio clínico e também como forma de uniformização de linguagem, conforme a própria classificação se propõe. No raciocínio profissional evidenciou-se que pensar sobre a ocupação permeia o trabalho da maioria destes profissionais e que a linguagem sobre a análise e graduação da atividade permeia o desenho deste raciocínio.

Foi possível trazer à tona e discutir como os instrumentos de avaliação

permeiam a prática profissional e, neste sentido, ele segue sendo estruturado por instrumentos de uso comum pela equipe e não específicos da profissão majoritariamente. Enquanto elementos específicos da terapia ocupacional destas avaliações identifica-se a presença da COPM, uma medida canadense de desempenho ocupacional, contribuindo para estruturar o raciocínio, embora os profissionais não identifiquem o modelo como norteador de sua prática.

Com os achados deste estudo, ressalta-se que o instrumento desenvolvido é passível de melhorias identificadas a partir do seu uso, entretanto, mostrou-se extremamente sensível para conhecer a realidade do trabalho do terapeuta ocupacional do campo da reabilitação física no Brasil.

Diante disso, sugere-se que estudos futuros sigam esta proposta a fim de que possamos ter um panorama cada vez mais ampliado da caracterização profissional e da prática em reabilitação física de adultos no país.

Assim, sugere-se a possibilidade de estudos futuros que sigam esta proposta a fim de que possamos ter um panorama ampliado da prática no país.

7 REFERÊNCIAS

AFTENGENDER, H. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in neurorehabilitation in Austria. Comparison of the health professions occupational therapy, speech-and language therapy, and physiotherapy. **International Journal of Health Professions**. Volume 4, Issue 2, Pages 137–146, 2017.

AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **PNS 2019**: país tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Estatísticas Sociais. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-de-deficiencia>.

ALMEIDA, M. V.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: da diversidade à integralidade. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 395–410, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168313>

ARROS, D. D.; LOPES, R. E. Formação e intervenção profissional em Terapia Ocupacional: desafios para a consolidação de uma identidade crítica e socialmente referenciada. **Cad. Bras.Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 89-97, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.ufscar.br/index.php/rbto/article/view/1305>. Acesso em: 16 jun. 2025.

ARTES, R; BARROSO, L, P. **Métodos multivariados de análise estatística**. 1. ed. São Paulo, SP: Blucher, 2023. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 12 jul. 2025.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G. O cotidiano como estratégia terapêutica na formação e na atuação em terapia ocupacional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 11, n. 2, p. 48-55, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-2834.20150008>

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Práticas ampliadas em Terapia Ocupacional: desafios e possibilidades. **Rev. Ter. Ocup. Univ.São Paulo.**, São

Paulo, v. 25, n. 3, p. 229-236, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/84731>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BENETTON, J. VARELA, R. C. B. Eleonor Clarke Slagle. **Revista do CETO**. Ano 6, nº 6, outubro de 2001.

BIS, M. C. P. et al. Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência. *Interface (Botucatu)*, 2024; 28: e230178. <https://doi.org/10.1590/interface.230178>

BONAFINI, F.C. Estatística. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

BRANDT, E.N.; POPE, E.M. **Enabling America**: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering. Editors; Committee on Assessing Rehabilitation Science and Engineering, Institute of Medicine, 1997.

BRASIL, Presidência da República. Institui a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência**. Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

BRASIL. **Decreto-Lei nº. 938**, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 14/10/1969, página 8658. 1969.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-5-de-12-de-agosto-de-2021-338201828>. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRAUN, V. & CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. V. 3, n2, 2006 pp.77-101.

BRAUN, V., & CLARKE, V. (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2016) sample-size tool for thematic analysis. **International Journal of Social Research Methodology**., v. 19, n.6, 739-

743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>.

CAZEIRO, Ana Paula Martins; CAVALEIRO, Victor Augusto; TAVARES, Amara Lúcia Holanda. Um brinde à diversidade! **REVISBRATO.**, v.1, n.3, 2017.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Número de terapeutas ocupacionais inscritos. 2023. Disponível em: www.coffito.org.br/site/.

CRUZ, D.M.C Fundamentos Conceituais da Terapia Ocupacional. In: CRUZ, D.M.C.; ZANONA, A.F. **Reabilitação pós-AVC:** Terapia Ocupacional e interprofissionalidade. Medbook, 2023.

CRUZ, D.M.C. Relacionando a Teoria com a prática na Terapia Ocupacional. In: CRUZ, D.M.C.; ZANONA, A.F. **Reabilitação pós-AVC:** Fundamentos conceituais da Terapia Ocupacional. Medbook, 2023. 49-53.

FARIA, N. M. S. de et al. "Interprofissionalidade e terapia ocupacional: percepção dos participantes do Programa de Aprimoramento Profissional em um serviço de reabilitação." *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 31, 2023.

FISHER, A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, v. 20, n. 3, p. 162–173, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.773939>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** Rio de Janeiro, 2019. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/58234>

GALHEIGO, S. M; BRAGA, C P; ARTHUR, M A; MATSUO, C M. Produção de conhecimento, perspectivas e referências teórico-práticas na terapia ocupacional brasileira: marcos e tendências em uma linha do tempo. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 723-738, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1773>.

GOMES, D; TEIXEIRA, L; RIBEIRO, J. **Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo, Versão Portuguesa de Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4th Edition (AOTA-2020).**

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com deficiência têm menos acesso à educação, ao trabalho e à renda.** Editora Estatísticas Sociais. Irene Gomes. Arte: Brisa Gil. 07 de julho de 2023. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda>. Acesso em 15 de julho de 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com Deficiência e as Desigualdades Sociais no Brasil.** 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/34889-pessoas-com-deficiencia-e-as-desigualdades-sociais-no-brasil.html?=&t=downloads>, Acesso em 26 de julho de 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com deficiência têm menos acesso à educação, ao trabalho e à renda.** Editora Estatísticas Sociais. Irene Gomes. Arte: Brisa Gil. 07 de julho de 2023. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda>. Acesso em 15 de julho de 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pessoas com Deficiência e as Desigualdades Sociais no Brasil.** 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/34889-pessoas-com-deficiencia-e-as-desigualdades-sociais-no-brasil.html?=&t=downloads>, Acesso em 26 de julho de 2022.

JAIN, N. B.; HARRIS, K. Kindred Harris, MD. **Conceptual Models of Disability.** In: **Essentials of Rehabilitation Practice and Science.** PM&R Knowledge NOW. Originally published: September 20, 2014 Last updated: June 19, 2024. Disponível em <https://now.aapmr.org/conceptual-models-of-disability/>

JARA, Rodolfo Morrison. O que une a terapia ocupacional? paradigmas e perspectivas ontológicas da ocupação humana. *REVISBRATO.v.2*, n.1, p. 182-203, 2018.

KIELHOFNER, Gary. *Model of Human Occupation: Theory and Application*. 4. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

KRUG, Juliana Cordeiro. **Formação e perfil do terapeuta ocupacional no Rio Grande do Sul em sintonia com o Sistema Único de Saúde**. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014.

KRUG, Juliana Cordeiro. **Formação e perfil do terapeuta ocupacional no Rio Grande do Sul em sintonia com o Sistema Único de Saúde**. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2014.

LAW, M; COOPER, B; STRONG, S; STEWART, D; RIGBY, P; LETTS, Lori. *The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance*. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 63, n. 1, p. 9–23, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>

LOPES, R. E. et al. A atuação do terapeuta ocupacional na reabilitação física: entre a assistência direta e as funções de gestão e ensino **Cad. Bras.Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 89-98, 2017. Disponível em: <https://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1919>. Acesso em: 16 jun. 2025.

MARIOTTI, M.C. et al. Perfil Profissional e Sociodemográfico dos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná, Brasil. **Rev. Ter Ocup Univ São Paulo.**, v.27, n.3, p.313-321, set-dez 2016.

MARTINS, M. S.; NEVES, L. C.; ALMEIDA, M. V. Território, produção de vida e cuidado: itinerários de práticas de terapeutas ocupacionais na atenção básica em saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 1, p. 42-58, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2096>

MENDES, F; DINIZ, D. *Justiça ocupacional e cuidado: experiências marginais e práticas emancipatórias*. In: LIMA, Eliane; MALFITANO, Ana Paula Serrata (org.).

Terapia Ocupacional Social: fundamentos e práticas. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 137–152.

MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde.** 14.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2014.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 1. ed. Petrópolis: Vozes, 2016. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 12 jul. 2025.

MORRISON, R. J. **La filosofía pragmatista en la terapia ocupacional de Eleanor Clarke Slagle:** antecedentes epistemológicos e históricos desde los estudios feministas sobre la ciência. 2014. 378 f. Tesis (Doctorado en Lógica y Filosofía de la Ciencia) – Universidad de Salamanca, Salamanca, 2014.

NEVES, L. C. et al. Intersetorialidade na Terapia Ocupacional: perspectivas ético-políticas na atenção básica em saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, n. 1, p. 1-15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF2265>.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

RAFANI, S. M.; CORDEIRO, J. J. R.; CATINI, T. A.; BATTISTI, M. C. G.; CARRIJO, D. C. DE M. Reflexões sobre a especialidade e prática do terapeuta ocupacional nas deficiências físicas e saúde funcional. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 32, e3724, 2024. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN28753724>

REIS, S. C. C. A. G.; LOPES, R. E. O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os(as) docentes pioneiros(as) sobre a criação dos primeiros cursos. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 255-270, 2018.

SIXEL, Taciana Rocha dos Santos; BERNARDO, Débora; MEDEIROS, Arthur de Almeida; BOUSQUAT, Aylene Emília Moraes; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; SCHMITT, Ana Carolina Basso. *The rehabilitation workforce in Brazil*. *Archives of Public Health*, v. 82, n. 1, p. 25, 2024. DOI: 10.1186/s13690-024-01249-w.

SOARES, A. L. R. Condições de trabalho e renda de terapeutas ocupacionais no Brasil: uma análise das múltiplas inserções profissionais **REVISBRATO.**, v. 6, n. 1, p. 55-66, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/12543>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOARES, Taís Bracher Annoroso. **A terapia ocupacional como profissão: confrontos, condições sociais de exercício e perfil profissional**. [Tese de doutorado] Programa De Pós-Graduação Em Sociologia. Universidade Federal De Sergipe. 2022.

SOARES, T. B. A. **A terapia ocupacional como profissão: confrontos, condições sociais de exercício e perfil profissional**. [Tese de doutorado] Programa De Pós-Graduação Em Sociologia. Universidade Federal De Sergipe. 2022.

SOUZA, R. G.; LOPES, R. E. Reabilitação física e a atuação do terapeuta ocupacional: reflexões sobre as práticas e os desafios contemporâneos. **REVISBRATO**, v. 1, n. 1, p. 25-34, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/5841>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOUZA, M. B. C. A.; et al. “Núcleo Poiesis: uma construção interinstitucional para o fortalecimento dos estudos e práticas sobre terapia ocupacional e trabalho.” *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 32, n. 1-3, 2022.

TOWNSEND, Elizabeth; WILCOCK, Ann. *Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress*. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 2, p. 75–87, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>

TOWNSEND, Elizabeth; POLATAJKO, Helene. *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice*. Ottawa: CAOT Publications, 2013.

VASCONCELOS, E. M. Formação e produção científica na Terapia Ocupacional brasileira: análise de tendências e perspectivas. **Cad. Bras.Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 517-526, 2014. Disponível em: <https://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/464>. Acesso em: 16 jun. 2025.

VASCONCELOS, et al. Perfil do pesquisador terapeuta ocupacional brasileiro. **Cad. Bras.Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 391-397, 2014.

WHO. World Health Organization. **Rehabilitation in health systems**. Geneva. 2017.

WHO. World Health Organization. **WHO global disability action plan 2014-2021. Better health for all people with disability**. Geneva. 2015.

WHO: World Health Organization. **World report on disability**. Switzerland: WHO; 2011.

WONG, S. R.; FISHER, G. Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational Therapy in Health Care*, v. 29, n. 3, p. 297–315, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130>

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. *WFOT Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists*. 3. ed. [S. l.]: WFOT, 2021. Disponível em: <https://wfot.org/resources/wfot-minimum-standards-for-the-education-of-occupational-therapists-2021>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Rehabilitation 2030: A Call for Action*. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-2017.01>.

YANG, Xiaolong, YANG Yaru; QIU, Fubing; GUO, Fengyi et al. Application of ICF in occupational therapy: conceptual framework and approaches. **Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice**, v. 28, n 6, p. 621-629, 2022.

ZHANG, Tong et al. Value of using the international classification of functioning, disability, and health for stroke rehabilitation assessment: a multicenter clinical study. **Medicine**, v. 97, n. 42, p. e12802, 2018.

França, T. H. (2013). Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, 17(31),59-73.

Berri, B. (2018). O corpo para pessoas com deficiência física: mídia e representações Sociais (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC).

SILVA, Everton Pires Ferreira Jorge da; BARROS, Natália Costa; MELO, Rosane Isabella Oliveira; PONTES, Nicolly Kelly da Silva; MACIEL, Ana Paula. Evolução do conceito de deficiência ao longo da história: do modelo médico ao modelo social. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 2, e162921835, 2020.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ROGERS, Carl. *Tornar-se pessoa*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

7. Apêndices

7.1 Apêndice A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido – Fase I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL
(Resolução CNS 510/2016)**

Título da Pesquisa: PERFIL PROFISSIONAL E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE
TERAPIA OCUPACIONAL COM ADULTOS NO CAMPO DA REABILITAÇÃO
FÍSICA NO BRASIL

Nós, Tamara Neves Finarde, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e Iasmim Cristina Pereira o(a) convidamos a participar da pesquisa “Perfil profissional e análise das práticas de terapia Ocupacional com adultos no campo da reabilitação física no Brasil.” orientada pela Profa. Dra. Débora Couto de Melo Carrijo com a colaboração da professora Samira Mercaldi Rafani.

O objetivo deste estudo é caracterizar a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que desenvolvem ações de reabilitação física no Brasil. Os objetivos específicos são conhecer os aspectos do serviço e população alvo da ação do terapeuta ocupacional e sua relação com a prática realizada; identificar os objetivos e estratégias da prática profissional na perspectiva da CIF; conhecer os referenciais teórico-práticos, procedimentos e recursos utilizados na prática profissional e a relação com os objetivos da ação; conhecer a relação das ações realizadas à formação do profissional, serviços inseridos e demandas dos usuário; apresentar e discutir processos e práticas realizadas pelo profissional junto a população alvo do estudo; conhecer como as práticas em reabilitação física se organizam a partir das diferenças regionais do Brasil.

Este estudo poderá contribuir para organizar as informações sobre as práticas de reabilitação física, identificando referenciais teóricos, aspectos regionais e dos serviços, podendo gerar informação para tomada de decisões sobre direcionamento

profissional. Quanto aos benefícios, sua participação nesta pesquisa permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito das práticas da Terapia Ocupacional no campo da reabilitação física. Para além de um benefício para categoria profissional, você poderá ter ganhos pessoais, no sentido de obter entendimento sobre a vasta possibilidade de intervenção, aprofundamento teórico sobre os fundamentos e terminologias da profissão e participar ativamente do processo de construção e ou refinamento da identidade da prática em reabilitação física e do futuro do núcleo profissional da Terapia Ocupacional neste campo de atuação específico.

Conforme convite recebido, a Fase 1 do estudo será realizada através do questionário totalmente *online* pela plataforma do *Google Forms* que tem duração *aproximada de 20 minutos*. No questionário, serão solicitadas informações sociodemográficas sobre você e sua experiência profissional, no formato de questões de múltipla escolha e questões abertas. O pesquisador estará disponível para conversar com você, por meio de telefone, *WhatsApp* e ou e-mail, de modo que possa esclarecer possíveis dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar desconforto e constrangimento como resultado da exposição de opiniões e conhecimento ao responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações/riscos, os participantes terão garantida a liberdade de não responder às perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo deixar de responder ao instrumento a qualquer momento. A pesquisadora principal compromete-se em buscar ponderar riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos e caso o participante tenha danos, receberá assistência integral e imediata de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, sendo eles diretos ou indiretos, ainda que imediatos ou tardios, atendendo a Resolução CNS no 510, de 07 de abril de 2016.

Ao final do estudo, você poderá ser convidado para próxima fase da pesquisa, a qual contará com a participação de 10 sujeitos em uma entrevista audiogravada. Você não precisa aceitar a nova fase do estudo, porém, caso aceite, será apresentado um termo de consentimento específico da fase 2.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. As despesas do participante com a participação na pesquisa serão

custeadas pelo pesquisador principal. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não havendo prejuízos quaisquer para a instituição pesquisadora, para os pesquisadores e também para a instituição em que o participante está vinculado. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, quando e se necessário for, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Ressaltamos que as respostas ou outros tipos de auto expressão dos participantes serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome, em qualquer fase do estudo.

Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Os resultados desta pesquisa serão publicizados em artigos científicos e a dissertação de mestrado, estará disponível no site do Programa do Pós- Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, através do endereço: <https://www.ppgto.ufscar.br/teses-e-dissertacoes/dissertacoes>. Caso o participante declare interesse, receberá por e-mail o link para acesso à dissertação após sua publicação na biblioteca virtual da Universidade, sendo este acesso público.

A coleta de dados com os participantes será realizada de forma virtual, sendo necessária a utilização de recursos digitais, como computador ou smatphone, com acesso à internet. Todos os dados e documentos gerados durante a coleta de dados com uso de questionários e TCLE preenchido, serão armazenados em pasta não compartilhada, presente apenas no computador da pesquisadora principal. O download de todos os materiais será realizado imediatamente após a coleta, afastando o registro em quaisquer plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou nuvens de armazenamento, conforme orientação do Ofício Circular no 2/2021/ CONEP /SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

Após assinalar a opção aceitar a sua participação no estudo de forma on line, você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento, nos telefones informados neste documento.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você decidirá se deseja participar e preencher o questionário, se deseja desistir da participação

durante o preenchimento do questionário ou após o preenchimento, e poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Ao clicar em "Aceito participar da pesquisa" irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de email fornecido, se assim o desejar. 2. Responder ao questionário online que terá tempo gasto para seu preenchimento em torno de 20 minutos. Caso não concorde, basta fechar a página do navegador. Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário e antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao se fechar a página do navegador. Caso tenha finalizado o preenchimento e enviado suas respostas do questionário e após decida desistir da participação deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização. Você poderá imprimir uma via deste termo, ou se desejar, o pesquisador poderá encaminhar uma via assinada por email ou da maneira como preferir.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos).

Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte -

CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Tamara Neves Finarde; Débora Couto de Melo Carrijo; Samira Mercaldi Rafani; Iasmim Cristina Pereira

Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905. Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional.

Contato telefônico: (11) 98118-2282

E-mail: tamarafinarde@estudante.ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar aceitando a participação de forma digital.

7.2 Apêndice B - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido – Fase 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL
(Resolução CNS 510/2016)**

Título da Pesquisa: PERFIL PROFISSIONAL E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL COM ADULTOS NO CAMPO DA REABILITAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

Eu, Tamara Neves Finarde, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e Yasmim Cristina Pereira o(a) convidamos a participar da pesquisa “Perfil profissional e análise das práticas de terapia Ocupacional com adultos no campo da reabilitação física no Brasil”. orientada pela Profa. Dra. Débora Couto de Melo Carrijo com a colaboradora professora Samira Mercaldi Rafani.

O objetivo deste estudo é caracterizar a prática profissional dos terapeutas ocupacionais que desenvolvem ações de reabilitação física no Brasil. Os objetivos específicos são conhecer os aspectos do serviço e população alvo da ação do terapeuta ocupacional e sua relação com a prática realizada; identificar os objetivos e estratégias da prática profissional na perspectiva da CIF; conhecer os referenciais teórico-práticos, procedimentos e recursos utilizados na prática profissional e a relação com os objetivos da ação; conhecer a relação das ações realizadas à formação do profissional, serviços inseridos e demandas dos usuário; apresentar e discutir processos e práticas realizadas pelo profissional junto a população alvo do estudo; conhecer como as práticas em reabilitação física se organizam a partir das diferenças regionais do Brasil. Este estudo poderá contribuir para organizar as informações sobre as práticas de reabilitação física, identificando referenciais teóricos, aspectos regionais e dos serviços, podendo gerar informação para tomada de decisões sobre direcionamento profissional. Quanto aos benefícios, sua participação nesta pesquisa permitirá levantar uma discussão que é ainda pouco aprofundada no contexto brasileiro, a respeito das práticas da Terapia Ocupacional no campo da reabilitação física. Para além de um benefício para categoria

profissional, você poderá ter ganhos pessoais, no sentido de obter entendimento sobre a vasta possibilidade de intervenção, aprofundamento teórico sobre os fundamentos e terminologias da profissão e participar ativamente do processo de construção e ou refinamento da identidade da prática em reabilitação física e do futuro do núcleo profissional da Terapia Ocupacional neste campo de atuação específico.

Como continuidade da pesquisa, a Fase 2, será uma entrevista semiestruturada que será gravada. Caso você aceite participar desta fase do estudo, estará aceitando que seja realizada a gravação da entrevista através do meet para que seja realizada a análise do material coletado. Você poderá tirar a sua anuência a qualquer momento, e todos os seus dados não serão utilizados para a pesquisa em qualquer fase do estudo. Logo após a gravação, o arquivo será retirado do drive virtual e adicionado a uma pasta na máquina da pesquisadora principal a fim de minimizar riscos relacionados à LGPD.

Conforme convite recebido, a Fase 2 do estudo será realizada através de uma entrevista semiestruturada realizada através de uma videochamada pela plataforma google meet® que permite a gravação de áudio e vídeo. A gravação permitirá a transcrição das informações abordadas na entrevista *que tem duração aproximada de 90 minutos*. Ressaltamos que as respostas e ou outros tipos de auto expressão dos participantes serão tratados de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome e seus dados pessoais, em qualquer fase do estudo.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar desconforto e constrangimento como resultado da exposição de opiniões e conhecimento ao responder perguntas que envolvem as próprias ações. Diante dessas situações/riscos, os participantes terão garantida a liberdade de não responder às perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo deixar de responder a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora principal compromete-se em buscar ponderar riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos e caso o participante tenha danos, receberá assistência integral e imediata de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, sendo eles diretos ou indiretos, ainda que imediatos ou tardios, atendendo a Resolução CNS no 510, de 07 de abril de 2016.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. As despesas com a pesquisa serão custeadas pelo pesquisador principal. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não havendo prejuízos quaisquer para a instituição pesquisadora, para os pesquisadores e para a instituição em que o participante está vinculado. Você receberá assistência imediata e integral e terá direito à indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, quando e se necessário for, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso haja algum dano decorrente da sua participação na pesquisa ou caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação da pesquisa terá resguardado o direito a busca por indenização conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A qualquer momento o (a) senhor irá (a) decidir se deseja participar e preencher o questionário e ou da entrevista, deseja desistir da participação durante o preenchimento do questionário e ou da entrevista, ou após o preenchimento, e poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição O(a) senhor(a) ao clicar em "Aceito participar da pesquisa" irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de email fornecido, se assim o desejar. 2. Participar da fase 2, que terá tempo gasto em média de 90 minutos. Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário e ou da entrevista antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao se fechar a página do navegador. Caso tenha finalizado a sua participação na entrevista e após decida desistir, deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização. Você poderá imprimir uma via deste termo, ou se desejar, o pesquisador poderá encaminhar uma via assinada por email ou da maneira como preferir.

Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. Os resultados desta pesquisa serão publicizados em artigos científicos e a dissertação de mestrado, estará disponível no site do Programa do Pós- Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, através do endereço: <https://www.ppgto.ufscar.br/teses-e-dissertacoes/dissertacoes>. Caso o participante declare interesse, receberá por e-mail

o link para acesso à dissertação após sua publicação na biblioteca virtual da Universidade, sendo este acesso público.

Após assinalar a opção de aceitar a sua participação no estudo de forma on-line, você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento, nos telefones informados neste documento ou com a pesquisadora responsável pela entrevista.

A coleta de dados com os participantes será realizada de forma virtual, sendo necessária a utilização de recursos digitais, como computador ou smartphone, com acesso à internet. Todos os dados e documentos gerados durante a coleta de dados com uso de questionários e TCLE preenchido, serão armazenados em pasta não compartilhada, presente apenas no computador da pesquisadora principal. O download de todos os materiais será realizado imediatamente após a coleta, afastando o registro em quaisquer plataformas virtuais, ambientes compartilhados ou nuvens de armazenamento, conforme orientação do Ofício Circular no 2/2021/ CONEP /SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351- 9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se

realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719- 040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Tamara Neves Finarde; Iasmim Cristina Pereira Débora Couto de Melo Carrijo; Samira Mercaldi Rafani

Endereço: Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos/SP - CEP: 13565-905 Departamento de Terapia Ocupacional – Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional Contato telefônico: (11) 98118-2282 E-mail: tamarafinarde@estudante.ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar aceitando a participação de forma digital.

7.3 Apêndice C - Questionário semiestruturado Fase I

PERFIL PROFISSIONAL E ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL COM *ADULTOS* NO CAMPO DA REABILITAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

1. Há quanto tempo desenvolve ações profissionalmente com reabilitação física?

- Há menos de 12 meses
- De 1 ano a 5 anos e 11 meses
- De 5 a 10 anos e 11 meses
- De 11 a 20 anos
- Acima de 20 anos

2. Caso você tenha interrompido sua prática na reabilitação física, há quanto tempo está afastado?

- Há menos de 12 meses
- Interrompi há mais de 12 meses
- Continuo atuando

3. Qual a sua carga horária SEMANAL TOTAL na reabilitação física considerando todos os locais que atua (atividades de docência, ensino e pesquisa, atividades práticas, entre outras).

- Menos que 4h
- Entre 4h e 15h
- Entre 16h e 30h
- Acima de 30h

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

1. Nome Civil

4. Idade

- 20 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 45 anos
- 46 a 51 anos
- 51 a 55 anos
- 56 a 60 anos
- 61 a 65 anos
- 66 mais

5. Gênero

- Feminino
- Masculino
- Prefere não se identificar
- Não binário
- Transgênero

6. Renda Mensal (Resolveu-se inserir o salário mínimo atual no valor de R\$ 1.412,00)

- Até 3 salários mínimos
- Acima de 3 salários mínimos até 5 salários mínimos
- Acima de 5 salários mínimos até 10 salários mínimos
- Acima de 10 salários mínimos

FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL

7. Qual a instituição de ensino que você concluiu a graduação em Terapia Ocupacional?

8. Qual a modalidade da sua formação acadêmica?

- EAD
- Presencial
- Híbrido

9. Ano de conclusão da graduação? Resposta apenas numérica (ex: 2000)

10. Possui ou está cursando pós-graduação na área de reabilitação física?

	Em andamento	Concluído	Não se aplica
Não possuo e não estou cursando			
Aprimoramento profissional			
Especialização (carga horária mínima de 360 horas)			
Residência Uni/Multiprofissional			
Mestrado			
Doutorado			
Pós-doutorado			

11. E você considera necessário ter pós-graduação para atuação na área? Justifique sua resposta

12. Você realizou algum curso de extensão relacionado à área de reabilitação física?

- Não realizei
- Conceito Bobath
- Terapia de Contensão Induzida
- Gameterapia
- Vestes Terapêuticas
- Kabat
- Integração Sensorial
- Órteses
- Próteses

- Cadeira de Rodas
- Comunicação Alternativa
- Tecnologia Assistiva
- Impressão 3D
- Robótica
- Outros

13. Qual(is) as principais motivações pela sua escolha em desenvolver ações na reabilitação física?

- Afinidade com a área de reabilitação física
- Afinidade com as práticas, abordagens, recursos e instrumentos terapêuticos
- Afinidade com a população alvo (Pessoas com disfunções físicas)
- Retorno financeiro
- Oportunidade de emprego
- Outros

INFORMAÇÃO DO SERVIÇO

14. Em qual(is) unidade(s) e ou equipamento(s) de saúde você atua ou desenvolve ações em reabilitação física?

Glossário

CTI - Centro de Terapia Intensivo

UAVC - Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCO - Unidade Coronariana

PSF - Programa Saúde da Família

EM - Equipe Multiprofissional

NASF - Núcleo Atenção à Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

CER - Centro Especializado em Reabilitação

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

OPÇÕES:

- Atenção Primária à Saúde - UBS
- Atenção Primária à Saúde - USF
- Atenção Primária à Saúde - EM
- Atenção Primária à Saúde - NASF
- Centros Especializados em Reabilitação (II,III, IV)
- Oficina Ortopédica
- Centros de Reabilitação
- Clínicas
- Consultórios
- Hospitalar: Atendimento domiciliar (EX:SAAD)
- Hospitalar: ambulatorial
- Hospitalar Enfermaria
- Hospitalar - CTI/ UAVC /UCO
- Hospitalar: Pronto atendimento, urgência e emergência
- Domiciliar/Home care / Serviço de Atenção Domiciliar
- Instituições de Longa Permanência
- Empresas
- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

- INSS
- Outros

15. Qual a forma de financiamento do(s) serviço(s)?

- Pública
- Privada
- Filantrópica
- ONG
- Outros

16. Qual(ais) a(s) cidade(s) e estado(s) em que você desenvolve as suas atividades profissionais?

17. Qual a forma de acesso ao serviço de Terapia Ocupacional?

- Demanda espontânea/ Busca ativa do paciente
- Encaminhamento Médico
- Encaminhamento Multiprofissional
- Encaminhamento da rede de saúde pública
- Busca ativa pelo profissional
- Interconsulta médica
- Interconsulta multiprofissional
- Outros

PRÁTICA / ATUAÇÃO PROFISSIONAL

18. Qual ou quais atividades você desenvolve na área de reabilitação física? Você pode selecionar mais de uma opção

1. Assistência
2. Gerência / Direção / Coordenação / Chefia / Responsabilidade Técnica
3. Supervisão /Preceptoria
4. Ensino
5. Pesquisa
6. Consultoria ou assessoria
7. Auditoria
8. Perícia
9. Outros

19. Indique para qual população você desenvolve suas ações/práticas:

Você pode selecionar mais de uma opção.

- Traumatologia-ortopédica
- Neurológica e ou neurocirúrgica
- Reumatológica
- Oncológica
- Queimadura
- Saúde do Trabalhador
- Saúde da Mulher
- Saúde do Idoso
- Outros

20. Qual(uais) a(s) faixa(s) etária(s) da população que atende? Você pode marcar mais de uma opção.

21. Qual(is) avaliações você utiliza corriqueiramente em sua atuação na reabilitação? Você pode marcar mais de uma opção.

- Avaliação própria do serviço ou do profissional
- Avaliações padronizadas
- Não utilizo ou não se aplica à prática que realizo
- Outros

22. Você poderia citar o nome de instrumentos de avaliação que mais utiliza?

Como exemplos: MIF, COPM, DASH, WHODAS, Índice de Barthel, Quest 2.0, Avaliação de força manual e muscular, avaliação de dor, teste de sensibilidade e outros.

23. Com qual frequência você inclui os aspectos elencados abaixo na sua avaliação:

	Nunca: Significa que não inclui este aspecto	Raramente: Significa o que inclui de tempos em tempos	Às vezes: Significa que inclui algumas vezes	Muitas vezes: Significa que inclui muitas vezes	Sempre: Significa que inclui todas as vezes que realiza avaliações
Atividades de vida diária					
Atividades Instrumentais de vida diária					
Gerenciamento de Saúde					
Descanso e sono					
Educação					
Trabalho					
Lazer					
Brincar					
Participação Social					
Hábitos					

Rotina					
Papéis					
Rituais					
Habilidades motoras					
Habilidades de processamento					
Interação Social					
Valores, crenças, espiritualidade					
Funções corporais					
Estruturas corporais					
Fatores ambientais					
Fatores pessoais					
Outros					

24. Com qual frequência esses objetivos estão incluídos no plano terapêutico?

	NUNCA: significa que não incluem e executa este aspecto	RARAMENT E: significa que inclui de tempos em tempos	ÀS VEZES: significa que inclui algumas vezes	MUITAS VEZES: significa que inclui frequentemente	SEMPRE: significa que inclui com muita frequência
Estimulação, treino, ampliação e/ou resgate do					

desempenho das atividades cotidianas					
Promover, manter e/ou reabilitar as funções físicas e cognitivas					
Adequação ambiental					
Estímulo ao desenvolvimento da participação social					

25. Durante sua intervenção, com que frequência você utiliza essas práticas no plano terapêutico?

	NUNCA: Significa que não utiliza este aspecto	RARAMENTE: Significa que utiliza de tempos em tempos	ÀS VEZES: Significa que utiliza algumas vezes	MUITAS VEZES: Significa que utiliza frequentemente	SEMPRE: Significa que utiliza com muita frequência
Exercícios terapêuticos					
Técnicas específicas: Terapia por Contensão Induzida, eletroestimulação e outros					
Dispositivos Robóticos					
Gameterapia, Reabilitação Virtual e outros recursos					
Atividades da Vida Diária					

Atividades Instrumentais da Vida diária					
Atividades artesanais, expressivas, artísticas, corporais					
Práticas Integrativas e Complementares					
Atividades profissionalizantes					
Acompanhamento terapêutico					
Educação em Saúde					

26. Com que frequência você desenvolve procedimentos relacionados à Tecnologia Assistiva?

	NUNCA: Significa que não desenvolve este procedimento	RARAMENTE: Significa que desenvolve de tempos em tempos	ÀS VEZES: Significa que desenvolve algumas vezes	MUITAS VEZES: Significa que desenvolve frequentemente	SEMPRE: Significa que desenvolve com muita frequência
Prescrição e/ou confecção de prótese					
Prescrição e/ou confecção de órtese					
Prescrição e/ou confecção de					

outros recursos de tecnologia assistiva, exceto órtese e prótese					
Preparação e treino pré-protético					
Treinamento do uso de outros dispositivos de tecnologia assistiva					
Ajuste de dispositivos de tecnologia assistiva					

27. Com que frequência você realiza procedimentos relacionados à saúde do trabalhador:

	Nunca: Significa que não executa este aspecto	Raramente: Significa que o faz de tempos em tempos	Às vezes: Significa que o faz algumas vezes	Muitas vezes: Significa que faz frequentemente	Sempre: Significa que faz com muita frequência
Planejamento e adaptação ergonômica em empresa					
Readaptação profissional					
Treinamento para atividade laborativa					

Visita ao posto de trabalho					
-----------------------------	--	--	--	--	--

28. Em sua prática profissional com que frequência estão inseridos momentos de orientações e/ou capacitações como especificado abaixo?

	Nunca: Significa que não executa este aspecto	Raramente: Significa que o faz de tempos em tempos	Às vezes: Significa que o faz algumas vezes	Muitas vezes: Significa que faz frequentemente	Sempre: Significa que faz com muita frequência
Orientação e capacitação familiar					
Orientação e/ou capacitação a cuidadores (não familiares)					
Orientações a equipe (multiprofissional, oficinairos etc)					
Orientações externas (escola, ambiente de trabalho etc)					
Orientação em educação em saúde					

29. Teria algum outro recurso, orientação e ou procedimento que você utiliza e não foi citado? Se sim, descreva-os

30. Qual dos termos abaixo você acha que mais representa, ou é mais apropriado para se referir a área de atuação do TO, que atua com pessoas com alterações motoras?

- Terapia Ocupacional em Reabilitação Física
- Terapia Ocupacional em Saúde Funcional
- Terapia Ocupacional em Disfunção Física
- Terapia Ocupacional em Saúde Física

31. Caso tenha outra sugestão de termo OU queira justificar o uso de um dos termos que indicou anteriormente, use este espaço.

32. Você aceita participar de uma entrevista individual com a pesquisadora responsável para conversar sobre as práticas da Terapia Ocupacional na reabilitação física? - O horário e dia da entrevista será de acordo com a disponibilidade do participante

- Sim
- Não

33. Caso aceite participar, indique os dados para contato: nome, e-mail, telefone com DDD - Descreva - preferência e sugestão de horário e data para a pesquisadora entrar em contato com você para realizar a entrevista conforme sua disponibilidade.

7.4 Apêndice D - Roteiro de entrevista semiestruturada – Fase II

1. Quais os principais problemas/queixas apresentados pelos usuários do serviço em que você está inserido realizando práticas de reabilitação?

(Demanda é o que o TO vai fazer!)

0. Conte um pouco de como você considera que as características dos serviços onde você está inserida influenciam na sua prática. - Considerar gestão e ou demais características do serviço, outros profissionais que atuam junto.

0. Dentre as avaliações e objetivos do cuidado elencados no instrumento, teria mais algum outro que você gostaria de falar.

0. E como você acha que essas avaliações e objetivos se relacionam com o modelo biopsicossocial da CIF?

0. Comente como você realiza o raciocínio terapêutico ocupacional/clínico e envolve o processo da análise da atividade na sua prática profissional.

0. Quais referenciais teóricos, práticos e metodológicos você se baseia e ou te ajudam na sua prática em reabilitação física na Terapia Ocupacional?

0. Quer comentar sobre as reflexões que faz acerca da prática da terapia ocupacional na reabilitação física?

7.5 Apêndice E - Lista de instrumentos citados pelos participantes

Activities Of Daily Living Questionnaire - ADLQ
Adaptação Cultural Do Developmental Coordination Disorder Questionnaire DCDQ
Alcance De Dígitos (Digit Span)
Auscan: Canadian Osteoarthritis Hand Index
Avaliação Neurológica De Hanseníase
Catherine Bergego Scale (Cbs)
Avaliação De Cicatriz
Cochin: Cochin Hand Functional Scale
Cognitive Orientation To Daily Occupational Performance- CO-OP
Cubo De Corsi
Eletroneuromiografia (EMG)
Escala De Depressão Geriátrica- EDG
Escala De Participação - P-Scale
Escala De UCLA
Escala Motora Infantil De Alberta
Escala Rancho Los Amigos
Escala De Avaliação Em AVC - Rankin
Escaneamento 3D
Figura Complexa De Taylor
Gross Motor Function Measure (GMFM-66 And GMFM-88)
Inventario Chedoke De Atividade De Braço E Mão
Medidas Antropométricas
Michigan Hand Outcomes Questionnaire
Palliative Performance Scale - Pps
Protocolo De Levantamento De Problemas De Reabilitação - PLPR
Questionário De Atividades Funcionais (Pfeffer)
SACRAH: A Score For Assessment And Quantification Of Chronic Rheumatic Affections Of The Hands
Sinal De Godet- Edema
Teste De Alcance Funcional Anterior (TAF)
Teste De Autonomia Funcional- Teste De Vestir E Despir A Camisa
Teste De Desenvolvimento Denver Ii
Teste De Nomeação Boston Adaptado
Teste De Trilha
Torre De Londres
Vineland-3
Whoqol--Bref
Wolf Motor Function Test (Wmft)
Ata – Escala De Avaliação De Traços Autísticos
Avaliação De Força- Jamar E Pitch
Avaliação De Saúde E Deficiência Whodas 2.0

Avaliação Sensorial De Nottingham
Bestest- Avaliação Do Equilíbrio – Teste Dos Sistemas
Escala De Coma De Glasgow
Escala De Equilíbrio De Berg
Exame Cognitivo De Addenbrooke
Medida Da Amplitude De Movimento Articular (Adm)
Pick-Up De Moberg
Termografia
Addenbrooke's Cognitive Examination–Revised (Ace-R)
Avaliação Neurológica Simplificada
Health Assessment Questionnaire (Haq)
Lista De Identificação De Papéis Ocupacionais - LIPO
Normatização Do Teste De Função Manual Jebsen-Taylor
Questionário De Qualidade De Vida SF-36
Teste Timed Up And Go (TUG)
Motor Activity Log (Mal)
Teste De Destreza Manual Da Caixa E Blocos- BOX AN BOCK TEST.
Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde
Teste De Lawton
Inventário De Avaliação Pediátrica De Incapacidade- PEDI
Índice De KATZ
Escala De Fugl Meyer
Montreal Cognitive Assessment (Moca)
Quest. 2.0 E ATDPA BR
Ashworth
Miniexame Do Estado Mental- MEEM
Disfunções Do Braço, Ombro E Mão - DASH
Goniometria
Dinamometria
Medida Canadense Do Desempenho Ocupacional - COPM
Escala Visual Analógica Da Dor
Avaliação De Força Manual- Muscular
Monofilamento Semmes-Weinstei - Estesiometro- Teste De Sensibilidade
Medida De Independência Funcional- MIF
