



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

RENATA AIRES COSTA NOBRE

**EFEITO DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS EM OFICINAS DE  
INCLUSÃO DIGITAL NO DESEMPENHO FUNCIONAL  
E QUALIDADE DE VIDA**

Brasília - DF

2015

RENATA AIRES COSTA NOBRE

**O EFEITO DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS EM OFICINAS  
DE INCLUSÃO DIGITAL NO DESEMPENHO FUNCIONAL E  
QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade de Brasília  
(UnB) – Faculdade de Ceilândia como  
requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Dra. Kátia  
Vanessa Pinto de Meneses

Brasília - DF  
2015

RENATA AIRES COSTA NOBRE

**O EFEITO DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS EM OFICINAS  
DE INCLUSÃO DIGITAL NO DESEMPENHO FUNCIONAL E  
QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade de Brasília  
(UnB) – Faculdade de Ceilândia como  
requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

---

Doutora, Kátia Vanessa Pinto de Meneses

Professor-Orientador

---

Doutora, Grasielle Silveira Tavares Paulin

Professor- Examinador

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

# **O EFEITO DA PARTICIPAÇÃO DE IDOSOS EM OFICINAS DE INCLUSÃO DIGITAL NO DESEMPENHO FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA**

## **THE EFFECT OF ELDERLY PARTICIPATION IN WORKSHOPS DIGITAL INCLUSION IN FUNCTIONAL PERFORMANCE AND QUALITY OF LIFE**

**Autores:** Renata Aires Costa Nobre – [renata.acn@hotmail.com](mailto:renata.acn@hotmail.com) – Graduada em Terapia Ocupacional na Universidade de Brasília – UnB/ Faculdade de Ceilândia - FCE, Brasília, DF, Brasil.

Kátia Vanessa Pinto de Meneses - [katiavpmeneses@gmail.com](mailto:katiavpmeneses@gmail.com) - Doutora em Engenharia Mecânica na Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. Professora do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília – UnB/ Faculdade de Ceilândia - FCE, Brasília, DF, Brasil.

**Contato:** Renata Aires Costa Nobre. Universidade de Brasília, UNB - Campus Ceilândia. QNN14 AE CEI-Sul (Curso de Terapia Ocupacional) Guariroba 72220-140 - Brasília, DF – Brasil. [renata.acn@hotmail.com](mailto:renata.acn@hotmail.com) – Telefone para contato: (61)8304-7798.

**Fonte de financiamento:** Não houve.

**Contribuição dos autores:** Renata Aires Costa Nobre participou da coleta, elaboração e análise dos dados e redação do artigo.

Kátia Vanessa Pinto de Meneses como orientadora do trabalho, colaborou no desenho do estudo, na análise e correção do manuscrito e na revisão crítica do artigo.

Nota: Material parte de Pesquisa original e inédita.  
Trabalho apresentado como requisito para obtenção de Título de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília.

## RESUMO

**Introdução:** A manutenção da capacidade funcional e a participação social são fatores importantes para que o idoso obtenha maior independência em suas atividades de vida diária e uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** Verificar o efeito da participação de idosos em oficinas de inclusão digital no desempenho funcional e qualidade de vida. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, utilizando-se do estudo quase-experimental. A amostra foi composta por 39 idosos que participaram da oficina de inclusão digital no período de março a julho de 2014. Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário sóciodemográfico, a Escala de Lawton e Brody, o Timed Up and Go (TUG) e o Teste de Levantar e Sentar para verificar o desempenho funcional e o Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) para verificar a qualidade de vida.. O nível de significância  $\alpha=0,05$  foi considerado. **Resultados:** Prevaleceu na amostra o sexo feminino (84,6%), com idade média de 66 anos (M= 66,19; DP= 6,61). Dentre as comorbidades, 55,3 % são cardíacas e 76,5% realizam exercícios físicos regularmente. Os instrumentos utilizados apresentaram diferenças estatisticamente significativas, comparando as variáveis antes e após a participação na oficina: TUG HABITUAL (p=0,008); Teste de Levantar e Sentar (p=0,015); PSN nível de energia (p=0,0043). Os idosos demonstraram melhoras significativas em qualidade de vida no domínio nível de energia e desempenho funcional após a participação nas oficinas. **Conclusões:** Contudo, as oficinas de inclusão digital oferecidas a essa população podem contribuir eminentemente em seu desempenho funcional e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idosos, Desempenho Funcional, Qualidade de Vida, Inclusão Digital.

## ABSTRACT

**Introduction:** The maintenance of functional capacity and social participation are important factors for the elderly get more independent in their activities of daily living and a better quality of life. **Objective:** To determine the effect of participation of older people in digital inclusion workshops on functional performance and quality of life. **Methodology:** This is a quantitative approach to research a descriptive, using the quasi-experimental study. The sample consisted of 39 seniors who participated in the digital inclusion workshop from March to July 2014. The data collection instruments were: sociodemographic questionnaire, the Lawton and Brody Scale, the Timed Up and Go (TUG) and the Lift and Sit Test to verify the functional performance and the Nottingham Health Profile (NHP) to verify the quality of life. The significance level  $\alpha = 0.05$  was considered. **Results:** prevailed in the sample females (84.6%) with mean age of 66 years ( $M = 66.19$ ,  $SD = 6.61$ ). Among the comorbidities, 55.3% are cardiac and 76.5% perform regular exercise. The instruments used showed statistically significant differences by comparing the variables before and after participation in the workshop: TUG USUAL ( $p = 0.008$ ); Test Lift and Sit ( $p = 0.015$ ); PSN energy level ( $p = 0.0043$ ). The elderly showed significant improvements in quality of life in the field energy level and functional performance after participating in the workshops. **Conclusions:** However, digital inclusion workshops offered to this population can contribute eminently in their functional performance and quality of life.

**Keywords:** Elderly, Functional Performance, Quality of Life, Digital Inclusion

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. METODOLOGIA .....	5
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	5
2.2. AMOSTRA.....	5
2.3. LOCAL DO ESTUDO.....	5
2.4. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	6
2.5. INSTRUMENTOS .....	6
2.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	8
2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	8
2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	8
3. RESULTADOS .....	8
4. DISCUSSÕES .....	10
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	13
6. REFERÊNCIAS.....	14
7. ANEXOS.....	19
7.1. ANEXO 1 .....	19
7.2. ANEXO 2 .....	23
7.3. ANEXO 3 .....	25
7.4. ANEXO 4 .....	26

## INTRODUÇÃO

O crescimento no número da população idosa, muito discutido atualmente, advém de um processo de humanização do país e melhores condições de vida (BRASIL, 2012). Segundo Kachar (2010), o Brasil caminha rapidamente em direção a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido, indicando modificações na estrutura etária da população brasileira, e dessa forma a longevidade humana está cada vez mais crescente. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) o número de idosos no Brasil duplicou nos últimos 20 anos. Estima-se que 23,5 milhões dos brasileiros possuem 60 anos ou mais e que em 2050 haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos, sendo reflexo das menores taxas de natalidade e fecundidade (BRASIL, 2012).

O envelhecimento é marcado por uma série de modificações nas estruturas físicas, cognitivas, psicológicas, fisiológicas, sociais, advindas de um processo natural do ser humano e vividas em cada fase da vida (KACHAR, 2010). Há também alterações nos aspectos sensoriais, principalmente, audição, visão e equilíbrio e nessa fase há mais vulnerabilidade ao aparecimento de doenças (CANCELA, 2008). Essas alterações podem gerar um processo incapacitante que afeta a funcionalidade do idoso, muitas vezes dificultando o desempenho nas atividades de vida diária e cotidianas de forma independente, o que tende a comprometer de forma significativa sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

O desempenho funcional está ligado à funcionalidade do idoso. Este, segundo Perracini; Fló; Guerra (2009) é compreendido como a interação entre as capacidades física e psicocognitiva para realização das atividades do cotidiano e as condições de saúde, e esta interação é mediada pelas habilidades desenvolvidas ao longo da vida. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso (2006) trata como um dos principais problemas do envelhecimento, a perda das habilidades físicas e mentais que afeta as realizações das atividades básicas de vida diária, ou seja, a perda da capacidade funcional.

Sendo assim, os fatores que favorecem alterações nesses aspectos são de naturezas diversas, desde fatores genéticos, de saúde a aspectos ambientais, sociais e de atividades de vida diária (BANHATO ET AL, 2006). De acordo com Scoralick-Lempke; Barbosa e Mota (2012) a falta de atividades intelectuais e sociais podem causar prejuízos cognitivos e funcionais, constituindo importantes indicadores para risco de declínios e síndromes demenciais. Desse modo a prática de atividade física, a maior rede de relações sociais, a participação social, a motivação e satisfação durante o curso da vida podem estimular o melhor desempenho dessas funções e propor melhor qualidade de vida.

A qualidade de vida dos idosos é influenciada por todo processo decorrente do envelhecimento, está relacionada com a autoestima e ao bem-estar pessoal e envolve uma série de aspectos de vida, como a capacidade funcional, interação social, estilo de vida, satisfação com o emprego, realização das atividades de vida diária, entre outros (VECCHIA RD, RUIZ T, BOCCHI SCM, CORRENTE JE, 2005). A capacidade de desempenho funcional, cognitivo e a socialização nessa etapa da vida promovem maior autonomia e independência ao indivíduo e implica na melhoria da qualidade de vida. Para Neri (2002) apud Fraquelli (2008, p.21) a “saúde física e mental, status social, manutenção das relações interpessoais, satisfação e controle cognitivo” estão entre os aspectos mais importantes para se possuir qualidade de vida. Nesse contexto envelhecer saudável pode ser considerado como uma forma em que as alterações normais do envelhecimento aconteçam naturalmente, de modo que os funcionamentos físico, cognitivo e social estejam melhores se comparados a outras pessoas de mesma idade (Banhato, et al, 2006).

Paralelo à maior expectativa de vida está o avanço tecnológico que, cada vez mais, passa a ser parte do cotidiano dos indivíduos. Segundo Kachar (2010) a inserção de novos recursos tecnológicos arremete mudanças nas relações “com o outro, o mundo e o conhecimento, interferindo na subjetividade do sujeito”. Desse modo os idosos sentem a necessidade de se adequarem a essas tecnologias. Segundo Kachar (2003) apud Silveira et al (2010) a geração que remete os idosos “sente-se analfabeta diante das novas tecnologias, revelando dificuldades em entender a nova linguagem e em lidar com os avanços tecnológicos, até mesmo em questões básicas como eletrodomésticos, celulares e os caixas eletrônicos instalados nos bancos”. A velocidade em que a geração atual tem em aprender a lidar com as novas tecnologias difere da capacidade de aprendizado das gerações passadas que não viveram nesse contexto o que gera muitas vezes angústia na complexidade de utilização dessas novas tecnologias.

Nesse contexto a inclusão digital deve ter como objetivo adequar às tecnologias a essa população de forma a facilitar o aprendizado, que se baseia em um processo mais lento e gradual, como meio de incluir esses indivíduos na dinâmica da transformação tecnológica promovendo um maior grau de autonomia em relação ao uso das tecnologias, respeitando sempre o interesse e entendimento do idoso (KACHAR, 2010). Além das questões de aprendizado nessa fase da vida há também questões de relações sociais, que tendem a serem minimizadas e empobrecidas.

O acesso às redes sociais pode possibilitar ao idoso obter novas relações sociais, manter contato com familiares, amigos mais distantes, entre outros. Sá (2004) apud Scoralick-

Lempke; Barbosa e Mota (2012) afirma que o domínio da tecnologia digital estimula as atividades mentais promovendo a preservação das habilidades cognitivas e emocionais, além de favorecer o convívio social com indivíduos da mesma geração. Pereira (2011) discorre que o uso dessas redes está sendo cada vez mais utilizada pelos mais velhos. A participação de idosos em oficinas de inclusão digital propicia o entendimento sobre o meio digital, além de estimular as funções cognitivas, funcionais, de interação social e consequentemente da qualidade de vida mediante a busca pelo aprendizado e o contato com outras pessoas que fazem parte do mesmo contexto. Possibilita que o idoso possa se inserir no ambiente digital aos poucos, desenvolvendo suas potencialidades juntamente com os outros membros do grupo com quem compartilha conhecimento e experiências de vida (VECHIATO; VIDOTTI, 2010). Dessa forma, a inclusão digital tem sido um meio muito utilizado para aproximação dos idosos a essas novas tecnologias de informação.

O presente estudo tem como objetivo investigar o efeito da participação de idosos em oficinas de inclusão digital no desempenho funcional e qualidade de vida.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva, utilizando-se o estudo quase-experimental, por meio de registro das medidas e análise das relações de causa-efeito (CRESWELL, 2010, p. 170-205). Segundo Campell e Stanley (1963) o método quase-experimental constitui uma classe de estudos de natureza empírica a que falta duas características usuais na experimentação: não possuir grupo controle e aleatoriedade na seleção da população, é um estudo de comparação antes e após uma intervenção, que não necessita de longos períodos de observação e coleta dos dados.

### **AMOSTRA**

A amostra consistiu em idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que participaram das oficinas de inclusão digital do Projeto TO Clicando no período de março a julho de 2014.

### **LOCAL DO ESTUDO**

O TO Clicando é um projeto de extensão do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia –UnB/FCE, em parceria com o curso de

fisioterapia, com o Programa Providência e o Lar do Velhinhos de Taguatinga. O projeto visa à inclusão digital e social de idosos por meio de diferentes oficinas, incluindo oficinas de inclusão digital.

As oficinas de inclusão digital do Projeto TO Clicando foram realizadas em dois encontros semanais com duração de 1 hora, semestralmente, conduzidas por monitores-estudantes do curso de Terapia Ocupacional da UnB/FCE. Cada turma foi composta por 10 idosos, a sala de informática previa de um computador para cada idoso. As oficinas foram divididas em dois módulos. O primeiro módulo abordou conteúdos básicos de informática como: os componentes do computador (monitor, teclado, mouse, gabinete), ligar/desligar o computador, área de trabalho, barra de ferramentas, Word e Paint. O segundo módulo abordou conteúdos de internet como: navegadores (Google Chrome, Internet Explorer e Mozilla), pesquisa no google, criação de email e redes sociais, busca de vídeos e filmes no youtube.

## PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Todos os participantes foram avaliados antes e após a participação nas oficinas para verificar o perfil sócio-demográfico e clínico, desempenho funcional e qualidade de vida. As avaliações foram realizadas pelo monitores-estudantes de Terapia Ocupacional – UnB/FCE, treinados para essa tarefa.

## INSTRUMENTOS

Para avaliação das características sociodemográficas e clínicas, foi elaborado um questionário contendo os seguintes aspectos: idade, gênero, estado civil, raça, anos de estudo, profissão atual, comorbidades e prática de exercício regular (mínimo de 30 minutos, 3 vezes por semana).

Para mensurar a qualidade de vida, foi utilizado o Perfil de Saúde de Nottingham-PSN, um questionário que tem por objetivo avaliar genericamente a qualidade de vida em idosos e indivíduos com doenças crônicas (SALMELA et al, 2004). É composto por 38 itens que são classificados em seis categorias, sendo estas: nível de energia, dor, sono, reações emocionais, interação social e habilidades físicas, todas de respostas simples (sim/não). Cada item equivale ao escore de 1 ponto, desse modo a resposta positiva corresponde a 1 ponto e a resposta negativa corresponde a 0, sendo o escore máximo 38.

Para mensurar o desempenho funcional, foram utilizados os seguintes testes: Escala de Lawton e Brody, TUG e Teste Levantar e Sentar.

A Escala de Lawton e Brody tem como objetivo avaliar a capacidade funcional e autonomia do idoso por meio de 8 perguntas referentes as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), sendo estas: o uso do telefone, fazer compras, preparo da refeição, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar medicação e controle financeiro (LAWTON; BRODY, 1969). Para cada AIVD é avaliado os níveis de dependência do idoso para a realização da atividade e é pontuado como 0 para dependente e 1 para independente. O resultado se dá com a soma da pontuação das 8 AIVDS em que o idoso é independente, esta pode variar de 0 a 8 pontos, para homens conta a pontuação até cinco pois não se considera as AIVDS de preparo da refeição, fazer faxina e lavar roupas.

Timed Up and Go (TUG) – Trata-se de um teste que tem como objetivo avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional (KARUKA; SILVA; NAVEGA, 2011). Consiste em quantificar o tempo que o idoso gasta para realizar a tarefa de levantar de uma cadeira, andar três metros, virar, voltar em direção à cadeira e sentar novamente. O idoso deve partir da posição inicial sentado apoiado com as costas no encosto da cadeira, após indicação de partida é iniciada a cronometragem e encerra a contabilização do tempo, só quando o idoso senta-se e apoia as costas novamente no encosto da cadeira. Segundo Bischoff et al, 2003 apud Karuka; Silva; Navega, 2011, considera-se 10 segundos como tempo normal para idosos saudáveis, independentes e sem riscos de quedas, indica-se o tempo entre 11-20 segundos para idosos com independência parcial e baixo risco de quedas e acima de 20 segundos sugere que idoso apresenta dificuldade importante na mobilidade física e risco de quedas.

O Teste de Levantar e Sentar tem o intuito de mensurar a capacidade funcional dos indivíduos. Os idosos são instruídos a sentar com as costas eretas em uma cadeira com encosto, dispor os braços cruzados contra o tórax, os pés apoiados ao solo e após o comando verbal iniciar levantando até ficar totalmente em pé e depois voltar à posição inicial completamente sentado. São orientados a repetir o movimento cinco vezes, o mais rápido que conseguirem, em tempo cronometrado. O resultado é determinado após a quinta vez em que o idoso levanta e o cronômetro é parado, se a realização do teste exceder 13,6 segundos, pode apontar viabilidade a comprometimento funcional (CAMARA et al, 2008). Os participantes devem visualizar uma demonstração e ensaiar o movimento, pelo menos duas vezes, antes de fazerem o teste. Os instrumentos utilizados se encontram no ANEXO 1.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que participaram das oficinas de inclusão digital do Projeto TO Clicando no período de março de 2014 a julho de 2014, avaliados antes e após participarem da oficina de inclusão digital, com frequência mínima de 75% e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 2).

Foram excluídos idosos que obtiveram frequência inferior a 75% de participação na oficina de inclusão digital e que não assinaram o TCLE.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este artigo faz parte do Projeto de Pesquisa intitulado “Impacto de oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida e no desempenho funcional e cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários”, protocolado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Registro 060/11) (ANEXO 3).

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas foram processadas utilizando-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0. As variáveis foram analisadas descritivamente utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão e amplitude). A normalidade da distribuição dos dados fora analisada utilizando o teste Kolmogorov-Smirnov. Para verificar as diferenças das médias das variáveis pré e pós-participação nas oficinas, foram empregados testes paramétricos e não paramétricos, conforme verificação da normalidade dos dados. O nível de significância  $\alpha = 0,05$  foi considerado. Análises posteriores foram consideradas de acordo com os resultados encontrados.

## RESULTADOS

O presente estudo apresentou a amostra de 39 participantes. O perfil sócio-demográfico e clínico dos idosos, conforme a tabela 1, foi em sua maioria composto pelo sexo feminino (84,6%) com idade média de 66 anos  $\pm$  6,61, de raça branca (48,7%), estado civil casado (40,5%). Em relação à ocupação atual 83,8% dos idosos relataram estar aposentados e

ter em média 12 anos de estudos  $\pm 4,58$ . Dentre as comorbidades auto relatadas, 55,3 % foram cardíacas. Quanto à prática de exercício regular 76,5% relataram realizar exercícios físicos regularmente.

**Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra (n= 39 participantes)**

Variável	Percentual (%)	Média	Desvio-Padrão
<b>Sexo</b>			
Feminino	84,6	-	-
Masculino	15,4		
<b>Idade (anos)</b>	-	66,19	6,616
<b>Raça</b>			
Branca	48,7		
Pardo	35,9	-	-
Negro	15,4		
<b>Estado Civil</b>			
Viúvo	18,9		
Divorciado	21,6	-	-
Casado	40,5		
Solteiro	18,9		
<b>Ocupação atual</b>			
Aposentado	83,8		
Pensionista	10,8	-	-
Sem renda	5,4		
<b>Anos de estudo</b>	-	12,67	4,586
<b>Comorbidades</b>			
Cardíacas	55,3		
Respiratórias	18,4		
Neurológicas	10,5	-	-
Ortopédicas	39,5		
Outras	71,1		
<b>Prática de exercício regular</b>			
Não			
Sim	23,5	-	-
	76,5		

Comparando os resultados dos testes para mensurar o desempenho funcional, antes e após a participação nas oficinas de inclusão digital, foi observado melhora estatisticamente significativa no TUG HABITUAL (MI=12,56 $\pm$ 5,15 MF=10,94 $\pm$ 4,59 p=0,008), Teste de Levantar e Sentar (MI=16,31 $\pm$ 3,32 MF=14,58 $\pm$ 3,35 p=0,015) e PSN no domínio nível de energia (MI=0,10 $\pm$ 0,38 MF=0,15 $\pm$ 0,36 p=0,0043).

Os escores dos instrumentos utilizados podem ser visualizados na Tabela 2.

**Tabela 2. Comparação das variáveis de estudo antes e após a participação de idosos em Oficinas de Inclusão Digital.**

Variável	INICIAL		FINAL		P-VALOR
	Média	DP	Média	DP	
<b>PSN total</b>	5,2051	5,15639	4,1538	4,59297	0,168
<b>PSN nível de energia</b>	0,1026	0,38353	0,1538	0,36795	0,043
<b>PSN sono</b>	0,8718	1,26032	0,5385	0,98917	0,832
<b>PSN dor</b>	1,6923	1,94874	1,3077	1,80597	0,526
<b>PSN interação social</b>	0,5641	1,04617	0,6923	0,83758	0,083
<b>PSN reações emocionais</b>	0,7436	1,37109	0,6154	0,85215	0,664
<b>PSN habilidades físicas</b>	1,1795	1,43034	0,7692	1,30561	0,404
<b>TUG HABITUAL</b>	12,5639	3,01401	10,9448	2,35559	0,008
<b>Levantar e sentar</b>	16,3100	3,32912	14,5892	3,35399	0,015
<b>Lawton</b>	20,51	1,790	20,96	0,196	0,083

## DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que o perfil sócio demográfico apresentou em sua amostra a prevalência do gênero feminino, dado que se enquadra no estudo de Ordonez e Cachioni (2009) que em seu estudo em uma universidade de terceira idade encontrou maior participação de mulheres idosas, abordando que há várias explicações para esse fato, dentre elas, que os homens tendem a ter maior resistência em se engajar em atividades de cunho mais cultural, educacional e lúdico. Cardoso et al (2014) reforça este dado em seu estudo sobre os benefícios da informática na vida do idoso onde quando questionado ao grupo de idosos quanto à maior participação de idosas nas oficinas de informática, estas, relatam que os homens pensam que passou o tempo de aprender, de ter novas experiências e com isso preferem ficar em casa, supondo assim a explicação para o menor participação de homens em programas para a terceira idade.

A média de idade foi de 66 anos, visto também nos estudos de Banhato et al (2007); Viera e Santarosa (2009) e Silveira et al (2013) que evidenciaram a média de 66 anos de idade para idosos frequentadores de oficinas de informática . Segundo Schneider, Irigaray (2008) pessoas com idade entre 65 a 70 anos são considerados idosos jovens, pois costumam estar mais ativos, vigorosos e cheios de vida. Hott e Pires (2011) ressaltam que a maior participação de idosos com esta faixa de idade em grupos de convivência pode está associado

a sua autonomia e a menor participação no mercado de trabalho, com isso procuram realizar atividades de lazer.

Em relação à raça, os idosos, em sua maioria, se declararam brancos, dado que pode ser obtido devido a maior proporção de idosos brancos com 65 anos ou mais, obedecendo provavelmente á diferenciais de condições de vida e acesso a cuidados de saúde (IBGE, 2010).

No que tange ao estado civil os idosos se declaram casados corroborando com os estudos de Alexandre; Cordeiro; e Ramos (2009) e Vendrusculo (2012). Estes abordam em seus estudos que ter uma relação conjugal é um fator preponderante para melhor qualidade de vida no domínio das relações sociais, relatam que a falta de rede de apoio social, seja do cônjuge, da família ou de grupos sociais podem aumentar a morbidade e mortalidade na população idosa.

Quanto à escolaridade, apresentaram a média de 12 anos de estudos. Segundo Pilger, C.; Menon, M. H.; Mathias, T. A. F. (2011) em seus resultados verificaram que idosos mais jovens, de 60 a 69 anos, possuem mais escolaridade e os mais velhos de 80 anos ou mais apresentam máxima de 1º grau ou ginásio completo. Outras pesquisas, abordam que a maior concentração de idosos que se interessam pelo uso do computador está na faixa etária denominados de “idosos jovens” (60-69 anos) e possuem mais anos de escolaridade (Selwin et al 2003; Doll, 2007). Porém de acordo com o IBGE (2000) embora o quadro educacional para os idosos tenham melhorado na última década, a situação deste contingente populacional continua sendo desfavorável e afeta sua condição de vida e a de seus familiares.

A maior parte dos idosos participantes da oficina de inclusão digital são aposentados, este dado deve ocorrer pela maior procura dos idosos por atividades para ocupar o tempo livre em que se encontram. Silva (1999) relata que o idoso entende que o próprio tempo livre deve ser ocupado de forma produtiva e que o cotidiano composto de poucas atividades tem um significado negativo para eles.

Dentre as comorbidades apresentadas no estudo, está como uma das principais, as doenças cardíacas que se caracteriza como uma doença crônica. De acordo com COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. (2003) os idosos tornam-se mais vulneráveis a essas doenças, devido à diminuição da reserva funcional somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, sendo geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes.

Os participantes desse estudo, em sua maioria, praticam atividades físicas regularmente. Esta, na terceira idade, é de grande importância devido aos seus inúmeros

benefícios sendo um dos principais, a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos (Franchi; Junior, 2005). O mesmo autor relata que outro benefício importante da prática regular de exercícios é a melhora da aptidão física que pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades do cotidiano com vigor e energia contribuindo assim para o envelhecimento ativo.

O desempenho funcional na terceira idade tende a ser diminuído devido aos processos fisiológicos naturais do envelhecimento. No presente estudo, os testes de Levantar e Sentar e do TUG Habitual, apontaram melhoras significativas no desempenho funcional dos idosos após a participação nas oficinas de inclusão digital. Medeiros et al (2012) em seu estudos sobre inclusão digital e capacidade funcional de idosos encontram em seus resultados uma associação significativa entre o envio e recebimento de mensagens pela internet com maior prevalência de independência funcional, concluindo que há uma relação positiva de independência funcional de idosos tanto com o uso de computadores e da internet quanto com a troca de mensagens pela internet. Borges; Moreira (2009) afirma que nessa fase da vida, um estilo de vida ativo promove a melhora e manutenção do desempenho funcional destes indivíduos por um período mais longo e conseqüentemente mantém sua qualidade de vida.

Quanto à Escala de Lawton, apesar de não ter apresentado mudanças significativas, demonstrou que os resultados mantiveram-se após a participação nas oficinas, podendo inferir que a participação desses idosos nas oficinas pode ter contribuído na manutenção do desempenho na realização das Atividades de Vida Diária. O estudo de Borges; Moreira (2009) aponta que o estilo de vida ativo pode retardar o impacto do envelhecimento, mantendo assim os idosos independentes para a realização das tarefas cotidianas por mais tempo, mesmo quando são iniciados em uma fase tardia da vida, seus adeptos conquistam uma melhor qualidade de vida e recuperam ou mantêm sua autonomia funcional.

Em relação ao mostrado na avaliação de qualidade de vida, o domínio do PSN nível de energia apresentou resultados significativos após a participação dos idosos nas oficinas de inclusão digital. Silveira et al (2013) realizando um estudo comparativo entre dois grupos, Grupo I de idosos que frequentam oficinas de informática e o grupo II de idosos que não frequentam, observou que na escala de Qualidade de Vida, o domínio físico, que representa dor e desconforto, relação com a dependência de medicação ou de tratamentos, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana e capacidade de trabalho, foi o único com diferença significativa entre os grupos, mostrando que o grupo I pode apresentar melhores condições físicas, como ter melhor disposição, mobilidade e capacidade funcional, que o grupo II, contribuindo com o encontrado no presente estudo.

Alguns estudos abordam o benefício de oficinas e atividades voltadas a essa população para melhoria da qualidade de vida. Varela (2012) em seu estudo constatou que a Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, no que diz respeito a aspetos do viver e envelhecer que foram traduzidos nas seguintes categorias: aumento da autoestima, melhoria da saúde, promoção da interação social, diminuição do estigma, estímulo à aprendizagem e resgate da autonomia/independência. Verona et al (2006) destaca que a vida dos idosos que participam de atividades de utilização da internet é marcada por mudanças significativas, pois amplia as possibilidades de lazer, amizade, conhecimento, entre outras, na medida que facilita o acesso ao conhecimento e interação com outras pessoas, favorecendo assim a melhor qualidade de vida.

Tais práticas permitem o envolvimento dos idosos em atividades de realização significativa, satisfatórias e com impacto positivo em suas vidas, não somente de incluir-se nesse meio, mas também de desempenhar suas atividades cotidianas com mais energia e vitalidade. Varela (2012) aborda que, o que o idoso espera, não é apenas conhecer o computador e dominar o seu funcionamento, mas procura apropriar-se, incluir-se como parte ativa e motivada na sociedade. Dessa forma, neste estudo a participação dos idosos nas oficinas de inclusão digital favoreceu não somente a sua interação com o meio digital, mas também, melhorias significativas no desempenho funcional e em sua qualidade de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se por meio deste estudo, que a participação dos idosos nas oficinas de inclusão digital, propiciou efeitos positivos no desempenho funcional e na qualidade de vida dos participantes. Os dados sugerem que idosos jovens tem maior procura por atividades relacionadas ao meio tecnológico, não somente vista a necessidade de incluir-se, mas também pela facilidade que esta proporciona e pela necessidade de manter-se ativo dentro da sociedade, apontando um impacto positivo em suas vidas.

É importante estimular a participação dos idosos nas atividades do cotidiano e em programas que sejam voltados para eles, principalmente em relação aos meios de tecnologia, informação e comunicação, bem como criar programas de inclusão específicos a essa faixa etária, haja vista ao contingente populacional de idosos e a crescente evolução tecnológica que está cada vez mais presente na sociedade.

Contudo, tendo em vista escassez de estudos que abordem essa temática, é indispensável à realização de mais estudos com amostra mais expressiva de idoso e maior tempo de participação em oficinas de inclusão digital, para assim obter uma melhor compreensão dos efeitos que esta pode propiciar no desempenho funcional e nos outros domínios de qualidade de vida dessa população, visto neste estudo, que apesar do pouco tempo, esta gerou efeitos positivos no desempenho funcional e no domínio de nível de energia da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. **Factors associated to quality of life in active elderly**. Rev. Saúde Pública. São Paulo: v. 43, n. 4, 2009.

BANHATO, E. F. C., et al. **Inclusão digital**: ferramenta de promoção para envelhecimento cognitivo, social e emocional saudável. Psicol. hosp., São Paulo: v. 5, n. 2, 2007.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, A. K. **Influências da prática de atividades físicas na terceira idade**: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. Motriz, Rio Claro: v.15, n. 3, p. 562-573, jul./set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Brasília: cadernos de atenção básica, n. 19, série a. Normas e Manuais Técnicos, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília: seção 1, p. 142, 20 out. 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Secretaria de Direitos Humanos Presidência da República, Brasília: 2012. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos>>. Acesso em: 24 abr. 2015

CAMARA FM, GEREZ AG, MIRANDA MLJ, VELARDI M. **Capacidade funcional do idoso**: formas de avaliação e tendências. Acta Fisiátr., v. 15, n 4, p. 249-256, 2008. Disponível em: <[http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=130](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=130)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

CAMPELL, DT; STANLEY, JC. **Experimental and Quasi-experimental Designs for Research**. 1963. Disponível em: <[http://moodle.technion.ac.il/pluginfile.php/367640/mod\\_resource/content/1/Donald\\_T.\\_\(Donald\\_T.\\_Campbell\)\\_Campbell,\\_Julian\\_Stanley-Experimental\\_and\\_Quasi-Experimental\\_Designs\\_for\\_ResearchWadsworth\\_Publishing\(1963\)%20\(1\).pdf](http://moodle.technion.ac.il/pluginfile.php/367640/mod_resource/content/1/Donald_T._(Donald_T._Campbell)_Campbell,_Julian_Stanley-Experimental_and_Quasi-Experimental_Designs_for_ResearchWadsworth_Publishing(1963)%20(1).pdf)>. Acesso em: 07 out 2015.

CANCELA, D. M. G. **O Processo de Envelhecimento**. Portal dos Psicólogos. Portugal: mai. 2008. Disponível em: < <http://teste.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/o-processo-de-envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

CARDOSO, R. G. S. ET AL. **Os Benefícios da informática na vida do idoso**. Computer on the Beach. Maranhão, São Luís: 2014.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia**. Revista da UFG: v. 5, n. 2, dez. 2003.

COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; ALMEIDA, J.C. *et al.* **Semiologia do Idoso**. In: Porto, C.C. (ed). *Semiologia Médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan., cap. 9, p.165-197, 2001.

COSTA, G. P. **Confiabilidade da auto-aplicação do Health Assessment Questionnaire Modificado (HAQ-M) em uma população de portadores de artrite reumatoide no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de medicina, Universidade de Brasília, Brasília: 2006.

CRESWELL, J. W. Métodos Quantitativos. In: \_\_\_\_\_. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artemed, p. 178-205, 2010

DAMASCENO, B. P. **Envelhecimento cerebral: O problema dos limites entre o normal e o patológico**. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 57, n. 1, p. 78-83, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n1/1541.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015

DOLL, J. Educação, cultura e lazer. In: **Idosos no Brasil**. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Editora Fundação Perseu Abramo - Edições SESC, p. 109-124, 2007.

FRANCHI, K. M. B.; JUNIOR, R. M. M. **Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 18, n. 3, p. 152-156, 2005. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil.

FRAQUELLI, A. **Relação entre auto-estima, auto-imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital**. Dissertação de mestrado em gerontologia biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2008. Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_arquivos/14/TDE20080416T084212Z1183/Publico/400281.pdf](http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE20080416T084212Z1183/Publico/400281.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2015

GARRIDO, R.; MENEZES, PR. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 1, p. 3-6, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da amostra**. 2010. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Resultados\\_Gerais\\_da\\_Amostra/resultados\\_gerais\\_amostra.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/resultados_gerais_amostra.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: p. 97, 2002.

KACHAR, V. **Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital.** Revista Kairós Gerontologia: São Paulo: v. 13, n. 2, p. 131-147, novembro/2010.

KARUKA, AH; SILVA, JAMG; NAVEGA, MT. **Analysis of agreement of assessment tools of ody balance in the elderly.** Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 15, p. 460-466, 2011. Disponível em: <<http://www.rbf-bjpt.org.br/doi/10.1590/S1413-35552011000600006>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

LAWTON, MP; BRODY, EM. **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.** Gerontologist, v. 9, p. 179-86, 1969. Disponível em: <[http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton\\_Gerontol\\_1969-1502121986/Lawton\\_Gerontol\\_1969.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MARC, LG; RAUE, PJ; BRUCE, ML. **Screening performance of the 15-item Geriatric Depression Scale in a diverse elderly home care population.** *Am J Geriatr Psychiatry*, v. 16, p. 914-21, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18978252>> Acesso em: 15 abr. 2015

MEDEIROS, F.L. ET AL. **Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis.** Rev Bras Epidemiol., v. 15, n. 1, p. 106-22, 2012.

ORDONEZ, T. N; CACHIONI, M. **Universidade Aberta à Terceira idade: a experiência da Escola de Artes, Ciências e Humanidades.** RBCEH, Passo Fundo: v. 6, n. 1, p. 74-86, jan./abr. 2009.

PEREIRA, C.; NEVES, R. **Os Idosos na Aquisição de Competências TIC.** Educação, Formação & Tecnologias, v. 4, n. 2, p.15-24, 2011. Disponível em: <<http://eft.educom.pt/index.php/eft/article/viewFile/251/142>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

PEREIRA, M. L. S. **As Redes Sociais no Combate à Solidão dos Idosos.** Inclusão Digital no Serviço Social, 2011. Disponível em: <<http://www.miluzinha.com/wp-content/uploads/2011/12/343o-dos-idosos-1.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M.; GUERRA, R. O. Funcionalidade e Envelhecimento. In:\_\_\_\_\_. **Funcionalidade e Envelhecimento.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 3-24, 2009.

PIELGER, C.; MENON, MH.; MATHIAS, TAF. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos:** contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 5, out. 2011.

SCHNEIDER, R. H.; IRAGARAY, T.Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia. Campinas: 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G.; MOTA, M. M. P. E. **Efeitos de um Processo de Alfabetização em Informática na Cognição de Idosos.** Psicologia: Reflexão e Crítica. Minas Gerais, Juiz de Fora: v. 25, n. 4, p. 774-782, 2012. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000400017)>.  
Acesso em: 08 jun. 2015.

SELWIN, N.; GORARD, S.; FURLONG, J. AND MADDEN, L. **Older adults' use of information and communications technology in every Day life.** Ageing & Society, v. 23, n. 5, p. 561–582, 2003.

SEVERINO, A. Teoria e Prática Científica. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, p. 118-119, 2007.

SILVA, M. G. S. **Idosos Aposentados:** representação do cotidiano. Est. Interdiscipl. Envelhec., Porto Alegre: v. 1, p. 91-104, 1999.

SILVEIRA, M. M. et al. **Educação e inclusão digital para idosos.** Novas Rev. Tecnologias na Educação, v. 8, n. 2, julho, 2010.

TEIXEIRA-SALMELA LF. et al. **Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham:** um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 4, p. 905-914, 2004.

VECCHIA RD. et al. **Qualidade de vida na terceira idade:** um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol., v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VECHIATO, F. L.; VIDOTTI, S. A. B. G.; **Contribuições de elementos do construtivismo e da mediação da informação para a inclusão digital de idosos.** Inf., Londrina: v. 15, n. 2, p. 40 - 59, jul./dez. 2010.

VERONA, S.M. et al. **Percepção do idoso em relação à internet.** Temas em psicologia, v. 14, n. 2, p. 189-197, 2006.

VIEIRA, M. C.; SANTAROSA, L. M. C.; **O uso do computador e da Internet e a participação em cursos de informática por idosos:** meios digitais, finalidades sociais. In: XX Simpósio Brasileiro de Informática na Educação, Rio Grande do Sul: 2009.

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pois Ele quem me sustentou até aqui e sempre se fez presente como um PAI protetor e zeloso.

Agradeço aos meus pais, pela a educação que me foi dada, por todo amor e cuidado, sem eles talvez eu nem tivesse chegado até aqui.

Agradeço a minha orientadora pela contribuição em minha formação e por todo suporte e auxílio na elaboração deste trabalho.

Agradeço, em especial, ao meu namorado Wermeson Freire, meus primos Hudson e Juliana, a Tia Nega, a Tia Ruth e minha amiga Jéssica por me abrigarem e me apoiarem nos momentos que mais precisei. Vocês foram peças essenciais para eu ter chegado até aqui.

Aos meus irmãos Keyferson e Wendel, minhas cunhadas, sobrinhas, tios e primos, amigas e amigos por sempre acreditarem em mim, vocês são minha base.

Aos idosos do Projeto TO Clicando pela jornada maravilhosa que passei ao lado de deles, por todo carinho que ainda hoje dispõem a mim.

À 8º turma de Terapia Ocupacional da UnB e aos amigos de outros cursos, pelo companheirismo durante esses anos, em especial, a minha amiga Luana Lima que Deus colocou no meu caminho para estar comigo em todos os momentos dessa jornada, “mais chegada que um irmão”.

Ao corpo docente de Terapia Ocupacional da UnB, a cada Paciente e Profissional que tive o privilégio de ter contato, todos foram peças fundamentais para minha formação.

A todos que de alguma forma contribuíram para a minha formação, o meu muito obrigado!

## ANEXOS

### ANEXO 1 – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Nº:

TO CLICANDO - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO INICIAL E REAVALIAÇÃO – 2014/01

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morador do Lar dos Velhinhos (1) – tempo: \_\_\_\_\_  Morador da comunidade (2)

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino (1)  Masculino (2)

Raça:  Branca (1)  Pardo (2)  Negro (3)  Amarelo (4)

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Profissão atual:  aposentado (1)  pensionista (2)  beneficiário (3)  sem renda (4)  ainda trabalha (5)

Estado Civil:        
 Viúvo (1) Divorciado (2) Casado (3) União estável (4) Solteiro (5) Outro (6)

Escolaridade:  freqüentou escola (1) – anos de estudo: \_\_\_\_\_

Sabe ler, mas não freqüentou a escola (2)

Assina o próprio nome (3)

Não assina o próprio nome (4)

Co-morbidades

Cardíacas	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outras _____
Respiratórias	<input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Outras _____
Neurológicas	<input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Doenças Neuromusculares <input type="checkbox"/> Outras _____
Ortopédicas	<input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Osteoartrose	<input type="checkbox"/> fraturas <input type="checkbox"/> Outras _____
Outras	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Déficit Visual <input type="checkbox"/> Déficit Auditivo

Prática de Exercício Regular (4 últimas semanas)  Não (1)  Sim (2)

QUALIDADE DE VIDA – AVALIAÇÃO INICIAL

PERFIL DE SAÚDE DE NOTTINGHAM (PSN)				INICIAL – total = _____		D = _____ pontos	
Observação: NE = Nível de energia; S = Sono; D = Dor; IS = Interação social; RE = Reações emocionais; HF = Habilidades físicas				DATA: ____/____/____		IS = _____ pontos	
				NE = _____ pontos		RE = _____ pontos	
				S = _____ pontos		HF = _____ pontos	
ITENS	SIM	NÃO		ITENS	SIM	NÃO	
1. Eu fico cansado o tempo todo			NE	20. Ultimamente eu perco a paciência facilmente			RE
2. Eu sinto dor à noite			D	21. Eu sinto que não há ninguém próximo em quem eu possa confiar			IS
3. As coisas estão me deixando desanimado/deprimido(a)			RE	22. Eu fico acordado(a) a maior parte da noite			S
4. A dor que eu sinto é insuportável			D	23. Eu sinto como se estivesse perdendo o controle			RE
5. Eu tomo remédios para dormir			S	24. Eu sinto dor quando fico de pé			D
6. Eu esqueci como fazer coisas que me divertem			RE	25. Eu acho difícil me vestir			HF
7. Eu me sinto extremamente irritado (“com os nervos à flor da pele”)			RE	26. Eu perco minha energia rapidamente			NE
8. Eu sinto dor para mudar de posição			D	27. Eu tenho dificuldade para permanecer de pé por muito tempo (na pia da cozinha ou esperando o ônibus)			HF
9. Eu me sinto sozinho			IS	28. Eu sinto dor constantemente			D
10. Eu consigo andar apenas dentro de casa			HF	29. Eu levo muito tempo para pegar no sono			S
11. Eu tenho dificuldade para abaixar			HF	30. Eu me sinto como um peso para as pessoas			IS
12. Tudo para mim requer muito esforço			NE	31. As preocupações estão me mantendo acordado à noite			RE
13. Eu acordo de madrugada e não pego mais no sono			S	32. Eu sinto que a vida não vale a pena ser vivida			RE
14. Eu não consigo andar			HF	33. Eu durmo mal à noite			S
15. Eu acho difícil fazer contato com as pessoas			IS	34. Eu estou tendo dificuldade em me relacionar com as pessoas			IS
16. Os dias parecem muito longos			RE	35. Eu preciso de ajuda para andar fora de casa (uma muleta, bengala ou alguém para me apoiar)			HF
17. Eu tenho dificuldade para subir e descer escadas ou degraus			HF	36. Eu sinto dor para subir e descer escadas ou degraus			D
18. Eu tenho dificuldade para pegar coisas no alto			HF	37. Eu acordo me sentindo deprimido			RE
19. Eu sinto dor quando ando			D	38. Eu sinto dor quando estou sentado			D

QUALIDADE DE VIDA - REAVALIAÇÃO

PERFIL DE SAÚDE DE NOTTINGHAM (PSN)				REAVALIAÇÃO – total = ____		D = _____ pontos	
Observação: NE = Nivel de energia; S = Sono; D = Dor; IS = Interação social; RE = Reações emocionais; HF = Habilidades físicas				DATA: ____/____/____		IS = _____ pontos	
				NE = _____ pontos		RE = _____ pontos	
				S = _____ pontos		HF = _____ pontos	
ITENS	SIM	NÃO		ITENS	SIM	NÃO	
1. Eu fico cansado o tempo todo			NE	20. Ultimamente eu perco a paciência facilmente			RE
2. Eu sinto dor à noite			D	21. Eu sinto que não há ninguém próximo em quem eu possa confiar			IS
3. As coisas estão me deixando desanimado/deprimido(a)			RE	22. Eu fico acordado(a) a maior parte da noite			S
4. A dor que eu sinto é insuportável			D	23. Eu sinto como se estivesse perdendo o controle			RE
5. Eu tomo remédios para dormir			S	24. Eu sinto dor quando fico de pé			D
6. Eu esqueci como fazer coisas que me divertem			RE	25. Eu acho difícil me vestir			HF
7. Eu me sinto extremamente irritado ("com os nervos à flor da pele")			RE	26. Eu perco minha energia rapidamente			NE
8. Eu sinto dor para mudar de posição			D	27. Eu tenho dificuldade para permanecer de pé por muito tempo (na pia da cozinha ou esperando o ônibus)			HF
9. Eu me sinto sozinho			IS	28. Eu sinto dor constantemente			D
10. Eu consigo andar apenas dentro de casa			HF	29. Eu levo muito tempo para pegar no sono			S
11. Eu tenho dificuldade para abalar			HF	30. Eu me sinto como um peso para as pessoas			IS
12. Tudo para mim requer muito esforço			NE	31. As preocupações estão me mantendo acordado à noite			RE
13. Eu acordo de madrugada e não pego mais no sono			S	32. Eu sinto que a vida não vale a pena ser vivida			RE
14. Eu não consigo andar			HF	33. Eu durmo mal à noite			S
15. Eu acho difícil fazer contato com as pessoas			IS	34. Eu estou tendo dificuldade em me relacionar com as pessoas			IS
16. Os dias parecem muito longos			RE	35. Eu preciso de ajuda para andar fora de casa (uma muleta, bengala ou alguém para me apoiar)			HF
17. Eu tenho dificuldade para subir e descer escadas ou degraus			HF	36. Eu sinto dor para subir e descer escadas ou degraus			D
18. Eu tenho dificuldade para pegar coisas no alto			HF	37. Eu acordo me sentindo deprimido			RE
19. Eu sinto dor quando ando			D	38. Eu sinto dor quando estou sentado			D

CAPACIDADE FUNCIONAL:

TESTE TIMED GET UP AND GO (TUG)	
INICIAL: DATA ____/____/____	REAVALIAÇÃO DATA ____/____/____
RESULTADO: _____ segundos.	RESULTADO: _____ segundos.
TESTE DE LEVANTAR E SENTAR 5 VEZES	
INICIAL: DATA ____/____/____	REAVALIAÇÃO DATA ____/____/____
RESULTADO: _____ segundos.	RESULTADO: _____ segundos.

**ESCALA DE LAWTON – Avaliação Inicial**

Funções	Opções
<b>USAR O TELEFONE</b>	
I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?	2 ( )
D: É incapaz de usar o telefone? (não conseguem nem atender e nem discar)	1 ( )
<b>USAR O TRANSPORTE</b>	
I: É capaz de tomar transporte coletivo ou taxi sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de usar transporte coletivo ou taxi, porém não sozinho?	2 ( )
D: É incapaz de usar transporte coletivo ou taxi?	1 ( )
<b>FAZER COMPRAS</b>	
I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?	2 ( )
D: É incapaz de fazer compras?	1 ( )
<b>PREPARAR ALIMENTOS</b>	
I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?	2 ( )
D: É incapaz de preparar qualquer refeição?	1 ( )
<b>TAREFAS DOMÉSTICAS</b>	
I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves?	2 ( )
D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	1 ( )
<b>USAR MEDICAÇÃO</b>	
I: É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda?	2 ( )
D: É incapaz de tomar a medicação sem ajuda?	1 ( )
<b>MANEJAR O DINHEIRO</b>	
I: É capaz de pagar contas, alugar e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda?	3 ( )
A: Precisa de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?	2 ( )
D: É incapaz de realizar estas atividades?	1 ( )
<b>PONTUAÇÃO TOTAL (7 a 21)</b>	

**ESCALA DE LAWTON - Reavaliação**

Funções	Opções
<b>USAR O TELEFONE</b>	
I: É capaz de discar os números e atender sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números?	2 ( )
D: É incapaz de usar o telefone? (não conseguem nem atender e nem discar)	1 ( )
<b>USAR O TRANSPORTE</b>	
I: É capaz de tomar transporte coletivo ou taxi sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de usar transporte coletivo ou taxi, porém não sozinho?	2 ( )
D: É incapaz de usar transporte coletivo ou taxi?	1 ( )
<b>FAZER COMPRAS</b>	
I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda?	2 ( )
D: É incapaz de fazer compras?	1 ( )
<b>PREPARAR ALIMENTOS</b>	
I: Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda?	2 ( )
D: É incapaz de preparar qualquer refeição?	1 ( )
<b>TAREFAS DOMÉSTICAS</b>	
I: É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves?	2 ( )
D: É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	1 ( )
<b>USAR MEDICAÇÃO</b>	
I: É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda?	3 ( )
A: É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda?	2 ( )
D: É incapaz de tomar a medicação sem ajuda?	1 ( )
<b>MANEJAR O DINHEIRO</b>	
I: É capaz de pagar contas, alugar e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda?	3 ( )
A: Precisa de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades?	2 ( )
D: É incapaz de realizar estas atividades?	1 ( )
<b>PONTUAÇÃO TOTAL (7 a 21)</b>	

## ANEXO 2 –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezado (a) Senhor (a),**

Meu nome é \_\_\_\_\_, sou aluno (a) da Universidade de Brasília - UnB. Os orientadores desta pesquisa são as professoras Kátia Vanessa Pinto de Meneses e a professora Patrícia Azevedo Garcia, ambas da Universidade de Brasília. Temos o prazer de convidá-lo para participar voluntariamente do projeto de pesquisa "IMPACTO DE OFICINAS DE MEMÓRIA, INFORMÁTICA, LAZER E ATIVIDADES MANUAIS NA QUALIDADE DE VIDA E NO DESEMPENHO FUNCIONAL E COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E COMUNITÁRIOS". Esta pesquisa tem por objetivo geral investigar o impacto de oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida e no desempenho funcional e cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários. Os objetivos específicos são: avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e comunitários antes e após a participação nas oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais; avaliar o desempenho cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários antes e após a participação nessas oficinas; avaliar o desempenho funcional de idosos institucionalizados e comunitários antes e após a participação nessas oficinas; investigar o efeito da participação nas oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida, no desempenho cognitivo e funcional de idosos institucionalizados e comunitários.

As avaliações serão realizadas no Lar dos velhinhos que se localiza na Área Especial 10 – QSD – Setor D Sul, no município de Taguatinga, DF. Este projeto não lhe trará nenhum ônus financeiro, sendo que você pode optar ou não em participar da pesquisa, bem como recusar-se a responder perguntas que lhe ocasionem constrangimentos de alguma natureza ou abandoná-la quando quiser, sem nenhuma penalização ou prejuízo de atendimento neste serviço. O senhor (a) será identificado por um número. Portanto seu nome não aparecerá em nenhum relatório ou publicação, sendo resguardando seu direito ao sigilo. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradecemos sua participação nesta pesquisa que será fundamental para o sucesso da mesma, e nos colocamos à sua disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, pelos telefones (61) 3352- 6202 (Lar dos Velhinhos), (61) 85136338 e (61) 33767487 (Professora Kátia) e (61) 31071947(Comitê de Ética em Pesquisa).

Eu, \_\_\_\_\_, aceito o convite de participar da pesquisa, "Impacto de oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida e no desempenho funcional e cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários".

Fui informado e suficientemente esclarecido de que esta pesquisa tem por objetivo geral investigar o impacto de oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida e no desempenho funcional e cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários. Os objetivos específicos são: avaliar a qualidade de vida de idosos institucionalizados e comunitários antes e após a participação nas oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais; avaliar o desempenho cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários antes e após a participação nessas oficinas; avaliar o desempenho funcional de idosos institucionalizados e comunitários antes e após a participação nessas oficinas; investigar o efeito da participação nas oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida, no desempenho cognitivo e funcional de idosos institucionalizados e comunitários.

Também me foi esclarecido que serão realizadas avaliações específicas, bem como o conteúdo dessas avaliações. Tenho ciência de que posteriormente os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas. Também fui informado que este projeto não me trará nenhum ônus financeiro, e não me trará nenhum dano físico; que posso abandoná-lo quando eu quiser, sem nenhum prejuízo. Foi-me assegurado o direito a não identificação e à confidencialidade dos dados obtidos. Estou de acordo com a realização de filmagens e fotografias para fins científicos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, entendi os objetivos e todos os procedimentos da pesquisa descrita acima e concordo em participar, de livre e espontânea vontade. Sei também de meu direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Taguatinga, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do

paciente: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3 – DOCUMENTO DE ANÁLISE DO PROJETO DE PESQUISA



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **060/11**

Título do Projeto: “Impacto de oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida e no desempenho funcional e cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários”.

Pesquisadora Responsável: Kátia Vanessa Pinto de Meneses

Data de Entrada: 11/05/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **060/11** com o título: “Impacto de oficinas de memória, informática, lazer e atividades manuais na qualidade de vida e no desempenho funcional e cognitivo de idosos institucionalizados e comunitários”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de junho de 2011.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 04 de julho de 2011.

  
Prof. Natán Monsores  
Coordenador do CEP-FS/UnB

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Ciências da Saúde  
Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - CEP: 70.910-900  
Telefone: (61)-3107-1947 Email: cepfs@unb.br

## ANEXO 4 – REGRAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA UFSCAR

### APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os originais devem ser encaminhados aos *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* por meio eletrônico no site: [www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br](http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br)

### FORMATO

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

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

#### 1. **Folha de rosto**

Abrange as seguintes informações: título, autores, contato do autor responsável (endereço institucional) e fonte de [financiamento](#).

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

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

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

**Autores:** Nome completo e endereço eletrônico do(s) autor(es). Informar maior grau acadêmico, cargo e afiliação institucional de cada autor (instituição, cidade, unidade da federação, país).

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

**Fonte de Financiamento:** O(s) autor(es) deverá(ão) informar se o trabalho recebeu ou não financiamento.

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

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

O(s) autor(es) deverá(ão) dispor em nota de rodapé a afirmação de que a contribuição é original e inédita e que o texto não está sendo avaliado para publicação por outra revista.

## 1. Estrutura do Texto

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

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

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

inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo quadro deve ser nomeado como tabela.

**Figuras:** As figuras (diagramas, gráficos, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas e em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo diagrama, gráfico, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura.

### **Citações e Referências**

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

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

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

**Livro:**

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

**Capítulo de livro:**

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

**Artigo de periódico:**

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

**Tese:**

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

**Documentos eletrônicos:**

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

**Registro de ensaios clínicos**

O periódico *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS e do *International Committee of Medical Journal Editors* – ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação [internacional](#) de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, quando se tratar de pesquisa clínica, somente serão aceitos para publicação os artigos que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE ([http://www.icmje.org/faq\\_clinical.html](http://www.icmje.org/faq_clinical.html)). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

## **Revisão Ortográfica**

Após a fase de apreciação, os textos aprovados serão submetidos à revisão de língua portuguesa (todo o texto) e inglesa (versão do título, das palavras-chave e do resumo), sendo que os autores do artigo deverá(ão) arcar com o custo desse trabalho.

Justifica-se a elaboração de revisão ortográfica para a garantia da habilidade de comunicação escrita dos textos a serem publicados e a sua leitura pelo público nacional e internacional.

## **Condições para submissão**

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;
2. O arquivo da submissão está formatado, apenas, pelo programa Microsoft Word 2007 ou posterior e os trabalhos enviados à revista em formato .doc editável;
3. URLs para as referências foram informadas quando possível;
4. O texto está em espaço 1,5; usa fonte Times New Roman tamanho 12; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos;
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em **Diretrizes para Autores**, na página Sobre a Revista;
6. Todas as referências seguem as instruções e modelos apresentados;
7. Não há identificação no corpo do texto que comprometa a Avaliação Cega por Pares.