**Universidade de São Paulo**

**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**

**Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento**

**Divisão de Terapia Ocupacional**

**A Inserção de Pessoas com Deficiência em Atividades de Lazer: Acesso e Dificuldades para a Participação Social**

**Orientadora Profa. Dra. Regina Célia Fiorati**

**Discente: Bruna Simões Druziani**

**Ribeirão Preto**

**2013**

Sumário

**I.Introdução5**

**II.Objetivos da Pesquisa4**

2.1 Objetivo geral8

2.2 Objetivos específicos8

**III.Material e Métodos 8**

3.1 Técnicas Para Coleta de Dados- História de Vida9

3.2 Observação10

3.3 Sujeitos da Pesquisa10

3.4 Local da pesquisa11

3.5 Registro de Dados11

3.6 Tempo de Duração da Entrevista de História de Vida11

3.7 Analise de Dados12

3.8 Procedimentos éticos12

**IV. Resultados Esperados13**

**V.Cronograma e Estimativa de gastos14**

**VI Referencias Bibliográfica15**

**VII Apêndice17**

**Resumo**

Para a Terapia Ocupacional o Lazer é definido como as atividades contidas dentro de um campo de ações não obrigatórias, motivadas intrinsecamente e realizadas durante o tempo livre do sujeito. O Lazer como dispositivo e ocupação relacionado à promoção de qualidade de vida liga-se diretamente a manutenção, prevenção e promoção à saúde. No entanto sabemos que quando se trata de pessoas com deficiência percebemos uma grande fragilidade de ações nas esferas pública e privada em saúde no Brasil, por isso há necessidade dos profissionais que trabalham com a reabilitação se preocuparem com o desempenho dessa área da ocupação humana, assim como, com a condição de exclusão das pessoas com deficiência das atividades de participação social e Lazer. Ainda, pensa-se ser necessário que esta dimensão de atenção em saúde seja articulada a rede de Atenção Básica a Saúde. **O presente trabalho irá** discutir os resultados parciais de uma pesquisa que está sendo desenvolvida em nível de iniciação científica no Curso de Terapia Ocupacional da USP-Ribeirão Preto que conhecer as dificuldades de realização de lazer de pessoas com deficiências, adquiridas ou congênitas, nas áreas física, mental, sensorial, e múltipla e identificar suas necessidades e desejos na vida cotidiana.  Trata-se de uma pesquisa de abordagem metodológica qualitativa. A técnica de coleta de dados é a entrevista de história de vida e a técnica de análise de dados é a análise temática de conteúdo.

**Palavras chave:** Terapia Ocupacional, Lazer, participação social, Deficiência.

**Summary**

Occupational Therapy for leisure is defined as the activities contained within a field not mandatory actions, intrinsically motivated and carried out during the free time of the subject. The device as leisure and occupation related to the promotion of quality of life is directly linked to maintenance, prevention and health promotion. However, we know that when it comes to people with disabilities realize the fragility of the actions in the area of ​​private and public health in Brazil, so there is no need for professionals who work with rehabilitation to worry about the performance of human occupation in this area, so as to the condition of exclusion of people with disabilities in the activities of social participation and leisure. Still, it is believed to be necessary for this aspect of health is an articulated network of Primary Health This article will discuss the preliminary results of a survey which is being developed at the level of undergraduate research in Occupational Therapy Course USP - Ribeirão Preto know the difficulties of recreation for people with disabilities, congenital or acquired, in the physical, mental, sensory and multiple and identify their needs and desires in daily life. This research is a qualitative approach. The technique of data collection is the interview of life history and technique of data analysis is the thematic content analysis.

**Key words :** Occupational Therapy , leisure , social participation , disability.

1. **Introdução**

O lazer integra, na contemporaneidade, uma dimensão importante da vida social humana. Entretanto, constitui-se fenômeno do processo social ligado a esfera das relações de trabalho, as quais se desenvolveram, organizativamente, com a consolidação da economia capitalista do mundo ocidental.

A gestão do fenômeno lazer, como esfera própria e concreta, dá-se, paradoxalmente, a partir da Revolução industrial, com avanços tecnológicos que acentuam a divisão do trabalho e a alienação do homem do processo de produção e do seu produto. O lazer é resultado dessa nova situação histórica- o progresso tecnológico, que permitiu maior produtividade com menos tempo de trabalho. Nesse aspecto, surge como resposta as reivindicações sociais pela distribuição do tempo liberado do trabalho, ainda que, num primeiro momento, essa partilha fosse encarada apenas como descanso, ou seja, recuperação da força de trabalho( Marcellino, 2000).

De acordo com o autor acima, esse é o primeiro fator, mas não o único gerador das condições históricas para o surgimento do lazer. Concomitantemente há liberação de tempo pela obrigação profissional, outras esferas de obrigações na vida da sociedade moderna não só ocupavam menos tempo, como também deixavam de influir tão decisivamente sobre a vida cotidiana. As novas necessidades infraestruturais da sociedade urbano-industrial fizeram com que regredissem os controles das instituições tradicionais sobre a vida dos indivíduos. Situam-se nesse plano as obrigações, sociais, religiosas e políticas, muito embora, deva ser levado em conta que o controle institucional não cessou pura e simplesmente, tornando as pessoas livres, mas foi sendo assumido progressivamente, com características e objetivos diferenciados daqueles observados nas sociedades tradicionais, por outras instâncias da vida social, das quais os meios de comunicação de massa são o exemplo mais representativo.

Marcellino (1987) e Carvallho (1983) definem lazer como atividades praticadas em tempo disponíveis das obrigações, sejam elas escolares, familiares, profissionais e sociais, as quais devem proporcionar satisfação e desenvolvimento pessoal e social, ou seja, o lazer dá ao individuo a possibilidade de desfrutar vivências cujos valores possam contribuir para mudanças, tanto de ordem moral, quanto cultural, beneficiando o desenvolvimento integral do indivíduo. É importante que as atividades de lazer procurem atender as pessoas em seu todo, para tanto é necessário que os indivíduos conheçam as atividades que satisfaçam seus interesses, que sejam estimulados a participar das mesmas e que os diversos ambientes propiciem acessibilidade arquitetônica, para que o lazer seja abrangente e inclusivo.

Para a Terapia Ocupacional o Lazer é definido como as atividades contidas dentro de um campo de ações não obrigatórias, motivadas intrinsecamente e realizadas durante o tempo livre do sujeito, ou seja, um tempo livre das ocupações obrigatórias, tais como o trabalho e escola (atividades produtivas), autocuidados, atividades instrumentais da vida diária e cotidianas e o sono (AOTA, 2008).

Da mesma forma, atividades de lazer, de acordo com Sumsion (2003), também incluem uma dimensão importante que se relaciona com a área do divertimento humano, com a capacidade e necessidade dos seres humanos divertirem-se com e por meio de atividades que incluem o relaxamento de ocupações que exigem determinados níveis de atenção e produtividade, isto é, atividades que o ser humano desempenha quando está livre das obrigações de ser produtivo.

O Lazer como dispositivo e ocupação relacionado à promoção de qualidade de vida liga-se diretamente a manutenção, prevenção e promoção a saúde. Entendendo saúde como conceito ampliado, abandonando visões antigas de saúde como contraposição a afecções e enfermidades, mas entendendo-a como estado complexo e ampliado que envolve questões da esfera econômica, política, social, cultural na base de uma condição existencial com significado pleno para o sujeito, inserção em redes sociais de suporte, oportunidades e excelente qualidade de vida.

No entanto sabemos que quando se trata de deficientes percebemos uma grande fragilidade de ações nas esferas pública e privada em saúde no Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 2% dos portadores de deficiência teriam acesso á reabilitação, isso se deve ao fato de que as necessidades de saúde são encerradas como necessidades sociais, desta maneira são definidas como algo que se refere á todos ou a maioria que ocupa um dado território. Sendo as pessoas com deficiência “minoria” perante a grande massa populacional e se tratando de um grupo historicamente excluído, suas necessidades passam a ser reprimidas e ocultadas, pois são entendidas como necessidades individuais. Além disso, o planejamento das práticas de saúde para essa população é realizado com base em estudos epistemológicos gerais escassos e imprecisos (Souza e Pimentel, 2011).

Contudo o SUS apresenta normas que regulamentam os direitos para a população de pessoas com deficiências, mas muitas vezes há falta de informações e jogo de interesses que prejudicam a pessoa com deficiência. Um fato que comprova essa carência no atendimento de saúde ao deficiente e a falta de informações á população é o de que a Lei Orgânica que regulamenta o SUS prevê direitos como a disponibilização de ajudas técnicas e equipamentos; dispositivos essenciais tanto para o desenvolvimento de processos de tratamento e de reabilitação como para o acesso a direitos de escolarização; trabalho e participação na vida social e lazer. Além disso, a disponibilização de ajudas técnicas de equipamentos, que foi regulamentada pelo SUS em 1993, assegura para as pessoas com deficiências acesso ás órteses, próteses e equipamentos auxiliares. Essa política pressupõe tanto iniciativas públicas, quanto parcerias com instituições sem fins lucrativos. No entanto na maioria das vezes, a população atendida nas instituições não governamentais não tem conhecimento da participação do SUS nessas iniciativas, o que pode favorecer a compreensão de que se trata de uma benesse do serviço e dar margens para usos assistencialistas e paternalistas por parte de alguns gestores políticos. Desta forma fica evidente a existência de problemas que podem descaracterizar o acesso garantido a bens de saúde como direito (Lima, 2011).

Para as pessoas com deficiencia o lazer, que é considerado importante para uma boa qualidade de vida, na maioria das vezes é deixado de lado devido a precariedade ao seu acesso (barreiras arquitetônicas) e a desvalorização de sua importância como ocupação, onde o mundo capitalista toma o lazer como um luxo oneroso com finalidade apenas de entretenimento, tornando a prática do lazer desvalorizada e considerada como de menor importância dentre as áreas de ocupação humana. No Brasil o acesso ao lazer, cultura, transporte e emprego é precário para boa parte da população, e ao considerar a pessoa com deficiência, as incapacidades e as desvantagens advindas dessa condição, bem como as diferenças de oportunidades, tornam este acesso ainda mais precário (Othero, 2.012).

Outro fator importante, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é que o predomínio de incapacidades aumenta nas áreas mais vulnerabilizadas, levando a um duplo fator de exclusão social onde as pessoas com deficiências estão entre as mais pobres, com menor nível de escolaridade e padrão de renda no país. Ou seja, a produção da deficiência tem relação com a incidência de pobreza, uma vez que as precárias condições de nutrição, moradia, de saneamento básico, de atenção médico-hospitalar, dentre outros fatores, aumentam as possibilidades de quadros mórbidos desencadeadores de incapacidades. As desigualdades sociais e a pobreza influenciam o acesso e participação de pessoas com deficiências inclusive para a realização de lazer. A falta de assistência, de equipamentos de ajuda (cadeira de rodas, bengalas, muletas, entre outros) e questões clínicas não controladas são causas de um crescente número de usuários, que se encontram restritos ao domicílio. Condições de moradia precária, sem acessibilidade arquitetônica interna ou urbanística em seu entorno, também fazem parte de um dos importantes fatores que restringem as pessoas ao domicílio. Não raramente, muitos desses fatores estão associados entre si e com outros advindos de situações de pobreza (Souza e Pimentel, 2.012).

Segundo Marcellino (2.008) as camadas mais pobres da população vêm sendo expulsas para a periferia e, portanto, afastadas dos serviços e dos equipamentos específicos: justamente as pessoas que não podem contar com as mínimas condições para a prática do lazer em suas residências e para quem o transporte adicional, além de economicamente inviável é desgastante, desta maneira encontramos cada vez menos locais para tal fim, restando assim pouquíssimos espaços destinados ao lazer. É preciso que o poder público entenda a importância dos espaços urbanos de lazer nas cidades, antes que as empresas os transformem em produtos acessíveis somente a classes sociais mais altas, propiciando dispositivos especiais para as pessoas com deficiência e em situação de vulnerabilidade social ter acesso aos ambientes de lazer.

Por isso há necessidade dos profissionais que trabalham com a reabilitação se preocuparem com o desempenho dessa área da ocupação humana, assim como, tal condição de exclusão das PcD(pessoas com deficiência) das atividades de participação social e Lazer, também deve ser preocupação da Atenção Básica a Saúde, já que apresentar ações no sentido de promoção e prevenção a saúde, dentro de uma perspectiva de integralidade, também são ações que devem ser desenvolvidas por este nível da atenção, inclusive, porque envolvem ações na comunidade diretamente. Por isso este estudo torna-se importante, no sentido de possibilitar uma compreensão sobre a problemática das PcD em relação a área ocupacional do Lazer.

Neste âmbito o presente trabalho objetiva analisar a inserção de pessoas com deficiência em suas atividades de lazer de forma que seja possível aprofundar o estudo e o entendimento sobre saúde-doença, isolamento social e o lazer como área de ocupação, incluindo quais são as barreiras físicas e psicológicas que estes sujeitos precisam superar para que possam realizar tal área de ocupação.

1. **Objetivos da Pesquisa**

**2.1 Objetivo geral**

* Conhecer os obstáculos e as dificuldades das pessoas com deficiência e condições incapacitantes na realização de atividades de lazer.

**2.2 Objetivos específicos**

* Mapear os locais que oferecem atividades de lazer na comunidade a qual pertencem os sujeitos;
* Identificar as dificuldades e obstáculos relacionados à participação dos sujeitos nas atividades de lazer;
* Identificar os desejos e interesses dos sujeitos em diferentes atividades de lazer;
* Registrar através de fotografias os ambientes de lazer detectados na comunidade dos sujeitos da pesquisa para identificar os obstáculos físicos e arquitetônicos ao acesso desses sujeitos.

1. **Material e Métodos**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, pois refere-se a um campo de conhecimento ligado as dimensões simbólicas da existência humana, tais como significados, valores, cultura e aspectos sociais da vida, cuja técnica de coleta de dados é a entrevista de história de vida e o método de análise dos dados segue o referencial da análise temática de conteúdo, por isso os dados não são operacionalizáveis quantitativamente.

Para esta pesquisa não estão sendo considerados os aspectos clínicos ligados à condição das deficiências, mas sim, o foco do trabalho está em elaborar uma caracterização social da deficiência, com base na análise do desempenho ocupacional nas áreas produtivas humanas, por isso não há um recorte quanto ao tipo da deficiência, englobando as deficiências nas áreas motora, física, sensorial, mental e/ou múltipla.

Assim, a ênfase da pesquisa é a investigação sobre a inserção em atividades de lazer com as quais os sujeitos participantes envolvem-se no cotidiano e como é essa relação entre as pessoas com deficiência abordando o acesso e as dificuldades para a participação social.

O cotidiano tem sido enfocado nas pesquisas sociais como veículo privilegiado de acesso ao conhecimento de práticas sociais e da realidade social de pequenos e grandes grupos (MINAYO, 1998).

A técnica de coleta de dados da entrevista de história de vida permite compreender o desenvolvimento da vida do sujeito investigado e traçar com ele uma biografia que descreva sua trajetória até o momento atual, evidenciando-se as relações sociais envolvidas. Assim como, a história de vida pode, além de recuperar as experiências do sujeito, recolher também dados sobre crenças, mitos, tradições, visões de mundo e significados que são importantes para entender a trajetória dos informantes (Minayo, 1992).

1. **Técnicas para Coleta de Dados**

**3.1História de Vida**

A técnica de coleta de dados da entrevista de história de vida permite compreender o desenvolvimento da vida do sujeito investigado e traçar com ele uma biografia que descreva sua trajetória até o momento atual, evidenciando-se as relações sociais envolvidas. Assim como, a história de vida pode, além de recuperar as experiências do sujeito, recolher também dados sobre crenças, mitos, tradições, visões de mundo e significados que são importantes para entender a trajetória dos informantes (Minayo, 1992).

Segundo Minayo (1999), a história de vida é de natureza qualitativa e insere-se como modalidade de entrevista aberta ou não estruturada, gerando assim um percurso biográfico do sujeito investigado. Baseado nesta vertente, é possível desenvolver com o sujeito uma trajetória de vida compreendendo seu desenvolvimento até o momento atual e com isso conhecer as relações e o meio em que vive.

A história de vida se relaciona com o que é ético (caráter) e moral (costumes, hábitos) em relação à trajetória do sujeito. Por isso, a vida do entrevistado é uma gama de aspectos que se envolve com costumes, rotinas, tradições e crenças, fatores que auxiliam na obtenção de dados culturais e de como ele é afetado pela sociedade e o que a sociedade pode causar subjetivamente no sujeito*.* Dessa forma, é possível identificar problemas pessoais de origem subjetiva e objetiva que o (im)possibilitam de superar problemas referentes as suas capacidades físicas, mentais e sociais. (BARTALOTTI, DE CARLO, 2001).

Assim, os participantes serão convidados a narrarem sobre sua vida, dando-se ênfase para o seu envolvimento, passado e atual, em atividades produtivas, com as quais envolveu-se no decorrer de sua vida e envolve-se no momento.

**3.2Observação**

A observação como técnica de coleta de dados para uma pesquisa científica não é uma observação desatenta e informal, trata-se de uma observação sistemática, a partir da qual faz-se um recorte de determinados aspectos que serão relevantes para o pesquisador em seu processo de construção de conhecimento, isto é, observa-se aspectos e situação anteriormente pensadas, consideradas informações imprescindíveis para o conhecimento em questão. Assim, juntamente com os dados referentes à história de vida, busca-se observar aspectos importantes relacionados ao seu desempenho nas esferas da vida diária e cotidiana, em seu domicilio, seu relacionamento com a família e com a comunidade e com as atividades que realiza (MINAYO, 1992).

Dessa forma, a observação sistemática realizada em domicilio do sujeito poderá fornecer dados importantes sobre suas relações interpessoais e o funcionamento de sua rotina.

**3.3Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa são pessoas com deficiência, congênitas ou adquiridas, e condições incapacitantes que residem no território de atenção do Núcleo de Saúde da Família I do Município de Ribeirão Preto. A amostra representativa da pesquisa é constituída por dez sujeitos que serão selecionados a partir de consultas a prontuários indicados previamente pela equipe de profissionais do NSF I.

Os critérios para seleção dos sujeitos são:

• Sujeitos selecionados previamente e convidados através do NSF I;

• Serem maiores de 16 anos;

• Serem portadores de deficiência e/ou condições incapacitantes;

• Apresentarem condições cognitivas compatíveis para responderem as entrevistas de histórias de vida;

• Concordância em participar da pesquisa;

• O sujeito com deficiência mental deve estar em condições estáveis e não comprometido excessivamente pela deficiência, de forma que a pesquisa possa ser realizada.

**3.4 Local da pesquisa**

O local da pesquisa serão os domicílios dos sujeitos. Os sujeitos serão selecionados a partir da indicação de profissionais do NSF I, serviço de atenção primária ligado ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A entrevista e a observação serão realizadas através da mesma visita, sendo que a observação se dará durante a entrevista e posteriormente a esta.

* 1. **Registro dos dados**

Todas as entrevistas realizadas com base na história de vida do sujeito serão gravadas de acordo com a permissão do entrevistado(a). Estas serão transcritas para posteriormente serem analisadas. A observação dos contextos dos sujeitos será realizada no domicilio dos entrevistados com agendamento prévio e ocorrerá durante todo o tempo de permanência no domicilio. O registro de dados obtidos por meio de observação se dará com base em um diário de campo.

* 1. **Tempo de duração das entrevistas de história de vida**

O tempo de duração para cada entrevista é aproximadamente de uma a duas horas. A entrevista é não estruturada e será proposto para o sujeito que conte sobre a sua vida e em determinados momentos algumas questões serão levantadas e servem como guia para o pesquisador, mas em qualquer momento há a possibilidade de se adicionar novas perguntas para aprofundamento no assunto desejado.

**3.7Análise dos dados**

A análise dos dados será feita por meio de uma abordagem compreensiva e interpretativa, a qual vai além da mera descrição dos dados obtidos, mas centra-se em uma atividade compreensiva-interpretativa dos dados segundo um processo hermenêutico de construção do conhecimento, onde a contextualidade, a historicidade das narrativas interseccionam-se no percurso analítico. Os dados obtidos pela história de vida e pela observação serão relacionados e comparados para que eixos temáticos sejam destacados para a discussão dos dados. A análise seguirá a seguinte sequencia:

• Os dados dos relatos transcritos; lidos e relidos diversas vezes, com o objetivo de buscar relações entre si, classificando-os em categorias temáticas;

• Relação e cruzamento dos dados registrados através dos relatos de vida com os dados obtidos através da observação que contenham as condições gerais observadas de qualidade de vida, rotina e o cotidiano dos sujeitos;

• Relação entre o conteúdo dos discursos das histórias de vida e observação com as atividades e ocupações que compõem o cotidiano do sujeito;

• Contextualização das informações dos registros de acordo com o contexto histórico-cultural dos sujeitos;

• Análise compreensiva e interpretação reconstrutiva entre os dados cruzados e relacionados com seu desempenho ocupacional apresentado referente à área de ocupação produtiva, principalmente a atividade de trabalho.

* 1. **Procedimentos Éticos**

O projeto em questão deverá ser submetido ao Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, de acordo com as normas exigidas para avaliação e aprovação da pesquisa. Ao inicio de cada entrevista será entregue aos sujeitos, para leitura e assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice), o qual garante ao participante o sigilo e o direito de tirar o consentimento a qualquer tempo, bem como, apresenta os objetivos da pesquisa e a metodologia necessária, tais como as gravações e observações e, ainda, esclarece que os dados da pesquisa serão utilizados unicamente para fins científicos.

**IV.Resultados esperados**

A partir das informações levantadas no estudo espera-se um maior entendimento sobre os obstáculos e as dificuldades das pessoas com deficiência e condições incapacitantes na realização de atividades de lazer além de identificar os desejos e interesses dos sujeitos da pesquisa em diferentes atividades de lazer e como esses fatores interferem no cotidiano do indivíduo e no processo saúde-doença.

Ampliar o conhecimento e futuras discussões no assunto. Colaborar para o ensino em terapia ocupacional e outras profissões da área da saúde, por levar à compreensão a importância e impacto do lazer e participação social da pessoa com deficiência em sua vida diária e cotidiana e em sua comunidade e a identificação de demandas e necessidades de saúde apresentadas por essa população.

Assim como, espera-se a divulgação e publicação dos resultados da pesquisa seja uteis para a elaboração de políticas públicas e assistências em saúde.

**V- Cronograma**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etapas** | **2014 ( 1ºSem.)** | **2014 (2º Sem)** | **2015 (1ºSem)** | **2015 (2ºSem)** |
| Envio do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão preto da Universidade de São Paulo – CSE- Cuiabá.  Discussão do projeto de pesquisa junto à equipe do Núcleo da Saúde da Família I. | **x** |  |  |  |
| Coleta de dados. | **x** |  |  |  |
| Transcrição do material coletado das histórias de vida e aplicação do questionário. |  | **x** |  |  |
| Organização do material coletado e análise dos dados e resultados. |  |  | **x** |  |
| Finalização e elaboração do material para divulgação dos resultados e encaminhamento à periódico  Científico. |  |  |  | **x** |

**VI.Referencias Bibliográficas**

ALMEIDA MC.; OLIVER, F. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a TO. In: DE CARLO, MRP.; BARTALOTTI, CC. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Editora, 2001. p. 81-98.

AOTA. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. 2 ed. In: Rev. Triang. Ens. Pesq. Uberaba – MG, v.3, n.2, p.57-147, jul/dez. 2010.

BRUNELLO, M.I.B. - Reflexões sobre a Influência do Fator Cultural no Processo de atendimento de Terapia Ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional da USP da USP, vol.2, nº1:, fev/91.

CRUZ, L, R.; BARRETO, S, J. Importância do Lazer na Inclusão da Pessoa Portadora de Deficiência Mental na Sociedade, Florianópolis, 2002.

DE CARLO, MRC; BARTALOTTI, C.C. Caminhos da terapia ocupacional. In DE CARLO, MRC; BARTALOTTI, CC. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 65-77, dez. 2009.

Lígia, A. A. Sociedade X Deficiência, São Paulo, Revista Integração MEC/SEF Abr./ Mai./ Jun./ 1992 ano.

LIMA, I.M.S.O.; PINTO, I.C.M.(Orgs). Politicas Públicas e pessoa com deficiencia: direitos humanos, familia, e saude. Salvador: EDUFBA, 2011.

MARCELLINO, N. C. Humanização e Lazer. 4.ed. Campinas: Papirus, 2000

MARCELLINO, N. C. Políticas Públicas de Lazer. Campinas: Alínea, 2008

MARCELLINO, N. C. Lazer e Humanização. Campinas: Papirus, 1983.

MARCELLINO, N. C. Pedagogia da Animação. Campinas: Papirus, 1990.

MARCELLINO, N. C. Lazer e esporte. Campinas Autores Associados 2001.

MARCELINO, N.C. Lazer e educação.3.ed. Campinas, Papirus,1995.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M.C.S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). Textos em representações sociais. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. P. 89-111.

MINAYO, M.C.S. Fala Galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

OLIVER, F. C. et al. Participação e Exercício de Direitos de Pessoas com Deficiência: Análise de um Grupo de Convivência em uma Experiência Comunitária, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.275-88, São Paulo, mar/ago 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. Direcção-Geral da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad./ rev. Amélia Leitão. Lisboa, 2004.

PIMENTEL, A. M.; COSTA, M. T. B.; SOUZA, F. R. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. Revista de Terapia Ocupacional da USP, São Paulo, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 110-116, 2011.

ROCHA, E. F. et al. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: Atribuições, Ações e Tecnologias, São Paulo, 2012.

TEIXEIRA A. A. Reabilitação Baseada na Comunidade, Recife, 2004.

**Apêndice**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Eu, **Bruna Simões Druziani**, aluna da graduação do curso de Terapia Ocupacional da USP, estou convidando você para participar de uma pesquisa intitulada **“A Inserção de Pessoas com Deficiência em Atividades de Lazer: Acesso e Dificuldades para a Participação Social”** que estamos realizando com pessoas com deficiência. Este estudo tem por objetivo analisar a relação entre deficiência e dificuldades para a participação social e identificar suas consequências no seu desempenho em atividades diárias. Será realizada uma entrevista aberta onde será pedido que me conte sua história de vida. A entrevista será gravada com a sua permissão. Garanto que não será identificado(a) e as informações coletadas serão divulgadas e publicadas apenas para a finalidade de pesquisa cientifica. Garanto que todas as formas de identificação pessoal serão devidamente ocultadas.

Gostaria de pedir a sua autorização para participar deste estudo, bem como para gravar a sessão em áudio (gravador de voz). De forma alguma ela lhe trará riscos, no entanto, você estará livre para autorizar ou não o uso das informações e para retirar-se do estudo em qualquer momento do processo. Caso concorde com a participação você deve assinar duas vias deste termo, sendo que uma cópia ficará em suas mãos, assinada também pela pesquisadora responsável, que ficará com a outra cópia. “Qualquer esclarecimento acerca do estudo poderá ser dado sempre que necessário”.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos acima e ciente dos meus direitos, sendo responsável por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo minha participação neste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da minha segurança e dos meus dados de que não serei identificado e de que toda informação obtida será estritamente confidencial; c) de que terei a liberdade de manifestar recusa em participar deste estudo ou suspender a autorização de participação em qualquer etapa do processo; d) de que poderei contar com orientações que se fizerem necessárias; e) de que não haverá recompensas.

Pesquisadoras responsáveis: Profa. Dra. Regina Célia Fiorati reginacf@fmrp.usp.br

Aluna: Bruna Simões Druziani [bruna.druziani@usp.br](mailto:bruna.druziani@usp.br) – (016)8240-2895

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Assinatura do convidado Assinatura do pesquisador responsável

Profa. Dra. Regina Célia Fiorati.