CONTRIBUIÇÕES DO ESPORTE ADAPTADO: REFLEXÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA A ÁREA DA SAÚDE*

Adapted sport's contributions: Reflections of occupational therapy for health area

Las contribuciones de los deportes adaptados: Reflexiones de la terapia ocupacional para el área de la salud

Natasha Reis Ferreira
Prefeitura Municipal de Ibaté - SP
natasha.ferreira.90@hotmail.com

Débora Couto de Melo Carrijo
Docente em Terapia Ocupacional
Universidade Federal de São Carlos
Centro Universitário de Araraquara - SP

Evaine da Silveira Silva
Centro Universitário de Araraquara - SP

Marisa Conceição Ramos
Centro Universitário de Araraquara - SP

Cristiane Lopes Carneiro
Instituto Nacional do Seguro Social -

Resumo

A Terapia Ocupacional utiliza atividades como recursos terapêuticos, tais como as Atividades de Lazer, podendo o esporte ser uma delas. Esta pesquisa teve como objetivos caracterizar, pela percepção dos paratletas de handebol, os benefícios e as limitações na prática esportiva, e discutir as ações do terapeuta ocupacional nesse âmbito. O instrumento metodológico utilizado foi a entrevista estruturada, audiogravada e posteriormente transcrita. Sete paratletas de Handebol adaptado foram entrevistados, sendo todos homens, com idades entre 32 e 51 anos. Os sujeitos destacaram, dentre os benefícios da prática esportiva, a melhoria de aspectos sociais, controle emocional e controle motor, além de compreenderem a atividade como promotora de benefícios para a saúde. As dificuldades foram menos relatadas, se comparadas aos benefícios, porém foram mencionadas as questões financeiras e as limitações motoras. Em relação aos profissionais da saúde, os entrevistados destacaram os fisioterapeutas e ortopedistas, porém identificaram que o terapeuta ocupacional também pode atuar no campo esportivo. Discute-se que o terapeuta ocupacional pode contribuir para o reconhecimento da funcionalidade, dos facilitadores e barreiras na realização da atividade esportiva e que essas, entendidas enquanto lazer, podem ser ampliadas e incentivadas pelos profissionais que atuam na atenção básica, ampliando o acesso e promovendo a participação na comunidade, como previsto nas estratégias da Reabilitação Baseada na Comunidade. Assim, o terapeuta ocupacional, ao atuar no campo do esporte adaptado, pode contribuir para o desenvolvimento da atividade, considerando seu conhecimento sobre as ações humanas e sua contribuição para a autonomia e a qualidade de vida.
Palavras-chave: Esportes para Pessoas com Deficiência, Qualidade de Vida, Terapia Ocupacional.

Abstract

Occupational Therapy uses activities as therapeutic resources, such as Leisure Activities, including sports. This research aimed to characterize the perception of handball parathletes about benefits and limitations in sports practice, and discuss the actions of the occupational therapist in this field. The methodological instrument used was a structured interview, audio recorded and later transcribed. Seven Handball parathletes were interviewed, all men aged between 32 and 51 years. Among the benefits, the subjects included improvement on social, emotional and motor control, besides the understanding of sports activity as promoter of health benefits. The difficulties were less frequent, but subjects identified financial and motor issues. Regarding rehabilitation professionals, physical therapists and orthopedists were highlighted. Participants recognized that occupational therapist could potentially act in sports and leisure area. It is discussed that occupational therapist may collaborate on identification of functionality, facilitators and barriers factors related to sports activities. These activities understood as leisure activities should be promoted by health professionals to improve the participation on community, as recommended by Community Based Rehabilitation strategies. When acting with adapted sports, occupational therapist may contribute for the development of the activity, considering his knowledge about human actions and its contribution for autonomy and quality of life.

Keywords: Occupational Therapy, Sports for Persons with Disabilities, Quality of Life.

Resumen

La Terapia Ocupacional utiliza las actividades como recursos terapéuticos, tales como actividades de ocio, y el deporte puede ser uno de ellos. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la percepción de los atletas discapacitados de balonmano acerca de los beneficios y las limitaciones de su practica, y discutir las acciones del terapeuta ocupacional en esta área. El instrumento metodológico utilizado fue la entrevista estructurada, audiogravada y posteriormente transcrita. Siete atletas discapacitados de balonmano fueron entrevistados, todos son hombres, de edades comprendidas entre los 32 y 51 años. Los sujetos destacaron, entre los beneficios del deporte, la promocion de la salud, la mejora del control social, emocional y motor. Las dificultades se reportaron menos, pero se mencionaron problemas financieros y limitaciones motoras. En relación a los profesionales de salud, destacaron los fisioterapeutas y ortopedistas, pero se encontró que el terapeuta ocupacional también puede trabajar en el campo de deportes. Se argumenta que el terapeuta ocupacional puede contribuir al reconocimiento de la funcionalidad, de los facilitadores y las barreras en la realización de la actividad deportiva, ampliando el acceso y la promoción de la participación de personas discapacitadas en la comunidad, como se prevé en las estrategias de rehabilitación basada en la comunidad. Por lo tanto, el terapeuta ocupacional puede contribuir al desarrollo de la actividad, teniendo en cuenta su conocimiento de las acciones humanas y su contribución a la autonomía y la calidad de vida.

Palabras clave: Terapia ocupacional, Deportes para personas con discapacidad, Calidad de vida.

1 INTRODUÇÃO

O cotidiano de uma pessoa varia de acordo com as atividades desempenhadas, possibilidades e contexto no qual está inserida[1]. A prática da Terapia Ocupacional considera a relevância da identidade ocupacional para que o sujeito tenha uma vida saudável e produtiva, levando em conta sua satisfação e necessidade de ocupação. Assim, o profissional proporciona intervenções a fim de apoiar a participação da população envolvida, em busca de alcançar a saúde, bem-estar, e participação na vida por meio do envolvimento na ocupação[2].

Baseadas em nomenclaturas da *American Occupational Therapy Association* – AOTA, as atividades cotidianas dividem-se em: Atividades da Vida Diária (AVDs), sendo também chamadas de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e Atividades Pessoais da Vida Diária (APVDs); Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs); Descanso e sono; Educação; Trabalho; Brincar; Lazer e Participação Social[2]. Nesta pesquisa, destacam-se o lazer e a participação social.

O lazer, atividade que faz parte de todos os ciclos do desenvolvimento humano, é desempenhado a partir da motivação do indivíduo[3]. Pode promover diversão, momentos de descontração, relaxamento, além de estímulo do convívio social. As atividades esportivas e de lazer envolvem práticas corporais como forma de promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, conforme proposição da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Assim, é coerente que o terapeuta ocupacional, que trabalha no desenvolvimento de habilidades para melhor participação no cotidiano, atue promovendo a prática de esportes[4]. As ações do terapeuta ocupacional exigem aprofundamentos conceituais para a compreensão dos contextos e aspectos históricos, tornando-se fundamental compreender os aspectos que envolvem o lazer enquanto prática do cotidiano.

Definições de lazer, ditas como clássicas e oriundas de Dumazedier[5], o caracterizam como um grupo de atividades de escolha do indivíduo para sua diversão, entretenimento, tempo de recreação e, com isso, seu desenvolvimento. Trata-se de uma atividade realizada voluntariamente e em horário não destinado ao trabalho. Pode ser entendido também como um fenômeno social e cultural que contribui para a qualidade de vida, prazer, autonomia e realização[6].

Práticas de lazer podem ser classificadas em cinco tipos: 1 – manuais, as quais podem ser atividades desinteressadas e utilitárias com a manipulação de objetos ou produtos, como a realização de crochê, por exemplo; 2 – físicas, nas quais os jogos e esportes estão incluídos; 3 – artísticas, envolvendo os hábitos culturais, como ir ao cinema ou teatro; 4 – intelectuais,

como a busca por informações de forma descompromissada, incluindo-se a utilização da internet e a leitura de livros ou jornais, e 5 – sociais, em que são favorecidas as relações e aspectos coletivos, como a participação em grupos que compartilham os mesmos interesses[7].

Assim, pode-se observar que a prática do esporte é uma atividade de lazer[8], quando o indivíduo tem a intenção de ocupar o seu tempo livre, entreter-se, gerar prazer e compensar o desgaste nas atividades de trabalho ou cotidianas[9]. Apesar da prática do lazer estar relacionada à autonomia, cidadania, qualidade de vida ou promoção da saúde, esse tema tem sido estudado superficialmente[7] o que pode se justificar por serem consideradas atividades irrelevantes e próprias do ócio[10] e não relacionadas aos aspectos produtivos na população adulta.

Embora o lazer, enquanto ferramenta de promoção da saúde, esteja relacionado às ocupações, com diversos benefícios próprios de sua realização, ele sofre interferência direta dos valores sociais, é influenciado pela mídia e relacionado ao consumo. Visto dessa forma, ele é facilmente transformado em mercadoria[7], tendo como um desdobramento negativo sua relação direta com as competições, que se utilizam de regras padronizadas e regulamentos rígidos, com forte tendência a serem pouco inclusivas[9].

Com isso, a prática dessas atividades é influenciada por diversos fatores, dentre eles as barreiras atitudinais e/ou arquitetônicas que podem limitar e excluir os indivíduos pouco habilidosos e com deficiência. A realização de atividades de lazer entre as pessoas com deficiências pode ser escassa por limitação de suas escolhas, de escolhas dos seus familiares ou de limitações do ambiente e, com isso, ocorre a privação de vivências sociais e de ganho de habilidades[10].

Identifica-se, portanto, a importância do reconhecimento do potencial da atividade de lazer pelos diversos profissionais a fim de que as práticas sejam estimuladas e valorizadas[6]. Entre terapeutas ocupacionais, no Brasil, as práticas de lazer vêm sendo mais discutidas e ressignificadas, porém ainda há uma pobre discussão acerca da atuação no âmbito esportivo, especialmente em relação ao esporte adaptado.

Os esportes adaptados são vivências esportivas modificadas para atender às necessidades de pessoas com deficiência[11]. Durante anos, assim como o lazer, os esportes adaptados foram considerados sem grande importância se comparados ao esporte tradicional[1], tornando-se consequentemente uma atividade tardia na vida de pessoas com deficiências.

Quanto ao surgimento das práticas esportivas adaptadas, este se dá entre a década de 1940 e 1950 na Inglaterra e Estados Unidos. Com isso tem-se a criação de duas vertentes,

sendo uma delas a desenvolvida por Ludwig Guttmann, com abordagem médica e reabilitativa dos atletas, e a outra, voltada para a inserção social[1]. A abordagem reabilitativa tem o intuito de correção de movimentos, inclusão social e integração do sujeito por meio do esporte[11].

No Brasil, o surgimento ocorreu no fim da década de 1950, com o surto de poliomielite[1], tendo como destaque a criação do Clube dos paraplégicos, em São Paulo. Entre 1975 e 1995, houve a criação de instituições voltadas ao esporte adaptado para diferentes deficiências, destacando-se a criação do Comitê Paralímpico Brasileiro, em 1994[12]. Com o surgimento dos esportes adaptados e associações responsáveis, ocorreu uma maior padronização das práticas, podendo ser destacada a criação da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada – SOBAMA, em 1994[1].

Do ponto de vista individual, o esporte adaptado promove benefícios físicos, psicossociais e socioculturais, com o ganho de habilidades, destacando-se: autonomia, valorização pessoal, liberação de tensão, autocontrole, socialização, habilidade em lidar com diversas situações, atenção, melhora na funcionalidade, coordenação, planejamento motor, estímulos sensoriais, melhora da força, amplitude de movimento, equilíbrio[13], além do estímulo de criatividade, desenvolvimento de sentimentos e atitudes, qualidade de vida e bem-estar[8,10]. Ademais, é previsto como ferramenta de equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiência no Brasil, por meio da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/15), que passou a vigorar em 2016[14].

Quanto aos profissionais envolvidos com o esporte, deve-se ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar neste processo, no qual os cursos de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional se assemelham em seus olhares junto a pessoas com deficiência, apresentando possibilidades de ações em equipe, embora os estudos ainda se apresentem embrionários nesse sentido[8].

Quanto à legitimação da Terapia Ocupacional no campo do esporte e lazer, identifica-se a flexibilidade da profissão, que transita em diferentes espaços e conhecimentos, diferenciando-se das demais profissões no enfoque das capacidades e habilidades envolvidas na prática esportiva, além de contribuir para o desenvolvimento pleno dos potenciais da pessoa em seu contexto e consequentemente na melhoria da qualidade de vida[15].
Considerando as lacunas acerca do tema no campo da promoção de saúde, em especial na Terapia Ocupacional, este estudo teve como objetivo caracterizar, na percepção dos paratletas de Handebol, os benefícios e as limitações na prática do esporte adaptado e discutir o papel e as ações do terapeuta ocupacional junto a essa população.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Caracterização dos sujeitos e da equipe

A amostra foi composta por sete integrantes da equipe de handebol em cadeira de rodas de uma Universidade Pública do município de São Carlos. Como critérios de inclusão, foram considerados os sujeitos que apresentam deficiência e faziam parte da equipe no ano da entrevista.

Um time de handebol adaptado conta com cinco a sete indivíduos em quadra, sendo um goleiro. Além disso, é composto de adaptações das regras e materiais do handebol convencional para atender às necessidades do grupo[16]. O treinamento da equipe de handebol, da qual os participantes desta pesquisa faziam parte, era realizado por estudantes e docentes do curso de Educação Física da Universidade, sendo que os atletas participantes do time não eram estudantes na instituição, desenvolvendo apenas as atividades esportivas nessa instituição. O time é composto de paratletas com comprometimento da locomoção, sendo que tanto os treinadores quanto os desportistas tinham a liberdade de convidar outros integrantes. Trata-se de uma equipe com alta rotatividade de indivíduos do município e região, que realiza treinamentos semanalmente e participa de competições regionais regularmente.

2.2 Instrumento, procedimentos de coleta e análise dos dados

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, desenvolvida pelas pesquisadoras, que continha questões que envolviam: a identificação pessoal dos sujeitos; idade; lesão; estado civil; escolaridade; as motivações para a prática do esporte adaptado; benefícios e barreiras para a realização da prática esportiva; auxílios que recebiam; profissionais envolvidos na reabilitação e prática esportiva, e a percepção sobre a contribuição da Terapia Ocupacional no contexto esportivo.

As entrevistas ocorreram no espaço de treinamento da equipe, localizado na Universidade em questão, sendo conduzidas por três pesquisadoras em um único dia, no segundo semestre do ano de 2011. As entrevistas foram realizadas individualmente com cada sujeito, e as respostas foram audiogravadas e transcritas posteriormente. Após a transcrição, os dados foram organizados, analisados e agrupados por meio da frequência das respostas dos entrevistados. O projeto foi previamente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, sendo aprovado com o protocolo nº 1290/2011.

3 RESULTADOS

Os dados acerca do estado civil, escolaridade, idade e lesão da população entrevistada constam no Quadro 1.

Quadro 1- Estado civil, escolaridade, idade e lesão dos entrevistados.

Nome	Escolaridade	Estado Civil	Idade	Lesão
F.C.T	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro	33	Lesão Medular
R.L.	Ensino Fundamental Cursando	Casado	36	Poliomielite
C.Z.	Ensino Médio Incompleto	Solteiro	36	Lesão Medular
E.S.V.	Ensino Médio Completo	Solteiro	35	Lesão medular
G.D.S.	Ensino Médio Completo	Casado	51	Poliomielite
G.O.L.	Ensino Médio Completo	Casado	38	Poliomielite
T.M.	Ensino Superior Completo	Casado	32	Lesão Medular

Os sete integrantes que compuseram a amostra do estudo apresentavam idades entre 32 e 51 anos, todos do gênero masculino. Em relação às causas das deficiências, foi predominante a lesão medular em quatro sujeitos, seguida das sequelas da poliomielite nos três outros.

Quanto ao estado civil, quatro dos entrevistados são casados e três são solteiros. Em relação à escolaridade, quatro cursaram ou cursavam o ensino médio, dois fizeram ou estavam fazendo a formação no ensino fundamental e um com ensino superior completo.

Com relação às dificuldades e barreiras na prática do esporte, foram obtidas uma ou mais respostas dos participantes, conforme apresentadas no Gráfico 1.

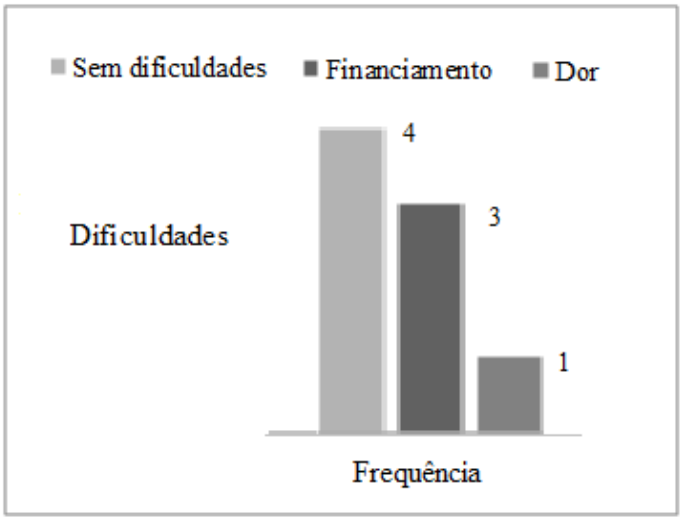


Gráfico 1 – Dificuldades na prática do esporte.

Destaca-se no gráfico a quantidade de sujeitos que referem não apresentar dificuldades na prática esportiva, demonstrando uma boa adaptação à prática escolhida. Já no Gráfico 2, são apresentados os dados acerca dos benefícios na prática do esporte, constando também uma ou mais respostas por entrevistado.

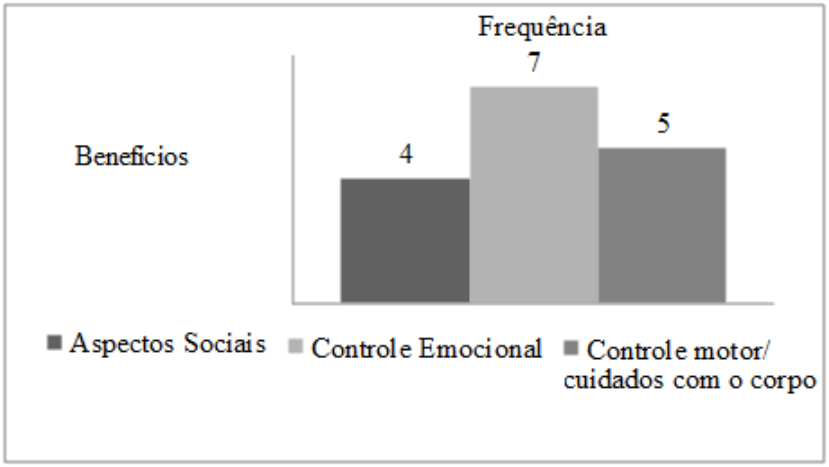


Gráfico 2 – Benefícios encontrados na prática do esporte

As respostas foram organizadas em três categorias: Aspectos sociais, em que relatos como socialização e reinserção na sociedade se encontram; Controle emocional, aparecendo relatos como alívio de tensão, competitividade, superação, autoestima e autoconfiança; Controle motor ou cuidados com o corpo, composto de respostas como controle de tronco, diminuição de dores, ganho de habilidades motoras, locomoção e equilíbrio.

O Gráfico 3 apresenta dados referentes à percepção dos entrevistados sobre possíveis contribuições da Terapia Ocupacional no contexto esportivo.

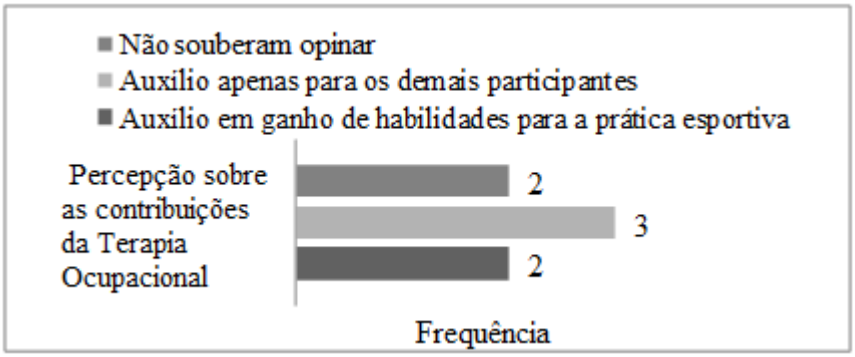


Gráfico 3 – Contribuições da terapia ocupacional no contexto esportivo/lazer

Quanto às possibilidades da Terapia Ocupacional no contexto do esporte, o gráfico

mostra que três entrevistados acreditam que as ações auxiliariam apenas aos colegas, e dois afirmam que auxiliariam em seu desempenho, no ganho de habilidades para a prática do esporte. Os demais não souberam opinar sobre como poderia ser a ação deste profissional no contexto esportivo.

Em relação ao processo de reabilitação, esse ocorria independentemente dos treinos de handebol adaptado. Os profissionais envolvidos no processo de reabilitação estão apresentados no Gráfico 4.

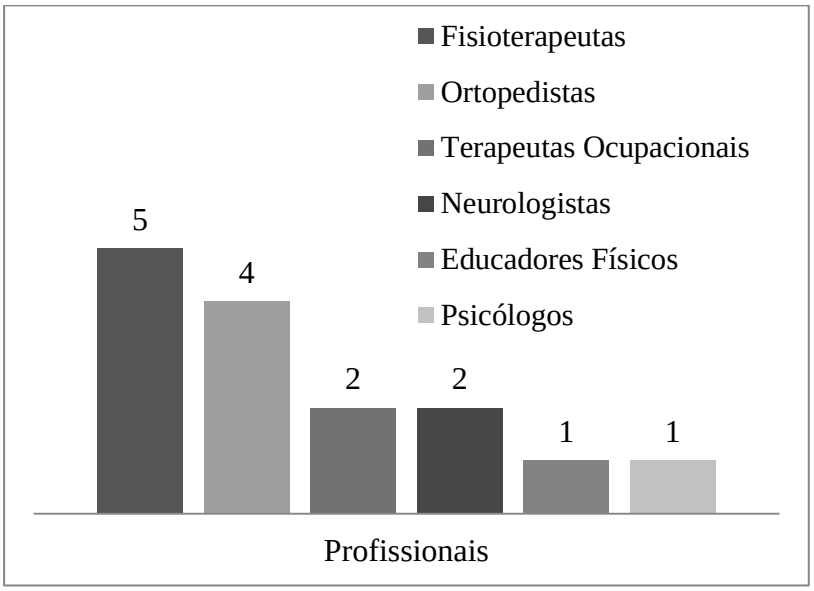


Gráfico 4 – Profissionais relacionados ao processo de reabilitação dos entrevistados.

Quanto aos profissionais referidos, os mais frequentes foram fisioterapeutas (5) e, na sequência, os ortopedistas (4). Dois entrevistados relataram receber assistência da Terapia Ocupacional durante o processo de reabilitação, podendo-se relacionar esse dado às duas respostas do Gráfico 3.

4 DISCUSSÃO

São Carlos é um município do interior do Estado de São Paulo, com 1.137,332 km² de área, e com população de 221.950 mil habitantes, tendo sido fundado em 4 de novembro de 1857. Na segunda metade do século XX, houve um desenvolvimento tecnológico e educacional na cidade, com o surgimento das universidades públicas, e com o serviço dos profissionais recém-formados[17].

Quanto aos dados relacionados à saúde, São Carlos conta com 73 estabelecimentos de saúde distribuídos entre o setor público e privado[17]. Em relação

aos profissionais da reabilitação, esses estão alocados na rede privada, por meio de consultórios particulares, e também na rede pública, em hospital, atenção básica, Centro de Especialidades e Unidade de Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos.

Quanto às deficiências dos entrevistados, a lesão medular, predominante no grupo, é uma condição que afeta e altera a função motora e sensitiva decorrente da interrupção de terminações nervosas da medula, podendo também acarretar alterações viscerais, esfincterianas, sexuais, entre outras[18]. A incidência da lesão medular no Brasil é de 40 novos casos/ano a cada 1 milhão de habilitantes. Os acometidos têm, em 60% dos casos, entre 10 e 30 anos e 80% são do gênero masculino[19].

A poliomielite, segunda condição apresentada entre os participantes, é causada por um vírus que acomete a medula e atinge crianças, de 2 a 10 anos de idade. Manifesta-se por infecções e quadro febril; pode causar óbito ou deixar sequelas, como a perda total ou parcial de contração muscular (paralisia flácida aguda) em membros inferiores, com diminuição ou extinção de reflexos na área paralisada[20]. Ambos os quadros citados comprometem a função motora. Tem-se que, no Brasil, em 2010, 23,9% da população apresentava algum tipo de deficiência, sendo 7% relacionada à deficiência motora[21].

Os diagnósticos clínicos apresentados são definidos de acordo com a Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, tem-se na atualidade o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) baseada na concepção biopsicossocial, preconizada pela OMS para os países membros. Esta última apresenta condições para que os profissionais da saúde possam classificar potencialidades e limitações de cada sujeito, levando em consideração diferentes contextos, como aspectos sociais, psicológicos e ambientais[22].

Os componentes avaliados pela CIF são: a) funções e estruturas do corpo – compreendendo sistemas, órgãos e suas funções; b) atividades – compreendendo as diversas ações desempenhadas pelo indivíduo, seja na vida diária, de trabalho, ou de lazer, por exemplo; c) participação – compreendendo a capacidade e desempenho de realização das atividades, além de ação ativa na sociedade[22, 23]. A CIF tem como enfoque a funcionalidade, e por meio dela é possível compreender a saúde do indivíduo na comunidade. Seus componentes, fatores ambientais e pessoais, influenciam na funcionalidade e estão relacionados à integridade na função ou estrutura do corpo, realização das atividades, plena participação social e existência de um ambiente facilitador[24].

Já a incapacidade, de forma inversa à funcionalidade, está relacionada às limitações nas funções, estruturas do corpo e realização de atividades, além de restrição da participação social e barreiras como fatores ambientais[24]. Dessa forma, diversas problemáticas – tais como a falta de acesso e acessibilidade aos serviços, a presença de barreiras, sejam arquitetônicas[23] ou atitudinais, a restrição da mobilidade urbana, a falta de redes de apoio e suporte – podem restringir a participação e a realização de atividades, dificultando uma vida autônoma e independente, e trazendo desvantagens e vivência de situações de exclusão e isolamento social pela pessoa com deficiência.

Assim, a CIF contribui na compreensão acerca da relação entre funcionalidade e o esporte enquanto atividade de lazer, trazendo outra dimensão para a compreensão do esporte entre os profissionais da saúde, e diminuindo a relação com o diagnóstico clínico da CID, exclusivamente utilizado antes do surgimento da CIF.

Em relação a intervenções em grupos, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) é comumente utilizada como estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional na atenção básica. Trata-se de uma proposta de suporte a pessoas com deficiência por meio de ações multissetoriais, com o intuito de superar as desigualdades e ampliar o acesso e a assistência em reabilitação e, com isso, a promoção de saúde e de interação social. Possíveis ações propostas pela RBC são a realização de grupos de convivência e estimulação de atividades recreativas/brincar, uma vez que alguns de seus objetivos são a presença das pessoas com deficiência em espaços coletivos e o enfrentamento do isolamento social, vivido frequentemente por esse segmento populacional[20]. A participação em uma atividade esportiva como forma de lazer, por exemplo, pode e deve ser utilizada como recurso de promoção da saúde e de socialização.

Quanto aos dados referentes à escolaridade, a análise realizada por Palla (1997) *apud* Brazuna e Castro[19] contribui para a compreensão dos mesmos. Para os autores, a escolaridade é um dos fatores que influencia o indivíduo a perceber efeitos de sua prática esportiva.

Em relação às dificuldades na realização da prática esportiva, apenas um dos sujeitos apontou limitação relacionada ao componente de desempenho, referindo a presença de dor. Além dos motivos da escolha passarem pelo interesse e o autoconhecimento sobre suas próprias potencialidades, esse dado pode estar relacionado a alguns pontos positivos da estrutura do projeto, como o oferecimento do transporte adequado e contínuo para os participantes e a acessibilidade do espaço em que a prática é desenvolvida no contexto universitário.

Em relação à dor como fator limitante, identifica-se a relevância do profissional da

Terapia Ocupacional na realização da análise do desempenho da atividade, identificando os fatores desencadeantes[3], propondo estratégias para minimizar o aparecimento de sintomas ou ainda reconhecendo as condições do contexto que possam ser transformadas. Quando a realização das atividades – inclusive as de lazer – é prejudicada por barreiras, sejam essas ambientais, físicas, atitudinais, psicossociais, socioeconômicas, entre outras, o terapeuta ocupacional deve identificar os recursos disponíveis para o sujeito, além de estimular o desenvolvimento de habilidades psicossociais, socioculturais e motoras, já abordadas anteriormente[13].

No estudo de Wilhite e Shant[24], foi analisado que o esporte permite melhorar a percepção acerca das questões de saúde (condições físicas, psicossociais, benefícios), além de influenciar na decisão sobre os comportamentos que promovam a saúde. Tais percepções podem minimizar comprometimentos secundários relacionados às funções e estruturas corporais. A potencialidade terapêutica do esporte foi também identificada entre os entrevistados desta pesquisa e na literatura consultada, assim como a relação do esporte com o prazer em sua realização, autoestima, socialização[25], além de expressão de sentimentos e impulsos, satisfação de necessidades pessoais e motivação[13].

Quanto à importância do terapeuta ocupacional no contexto esportivo, o fato de que esse profissional não atuava no projeto evidencia a limitação em relação ao reconhecimento da ação. No entanto, reforça-se a relevância desse profissional envolver-se com o estudo e práticas de lazer, considerando a sua importância na estruturação da vida diária[13], sustentação de papéis sociais e estabilidade no cotidiano. Além disso, há o alcance de ganhos funcionais e prevenção de incapacidades[26]. O esporte pode ser um facilitador da participação na comunidade, contexto em que o terapeuta ocupacional também desenvolve ações, como preconizado pela RBC.

Assim como discutido anteriormente, o município conta com serviços para tal, inclusive relacionados à Universidade na qual a prática esportiva acontece, porém isso mostra que a ação pode ser mais bem difundida. Sabe-se que ocorreu o aumento do número de profissionais e áreas de atuação (inclusive mais profissionais na atenção básica e em hospitais), ampliando não apenas os espaços de ação, mas as abordagens e seus objetivos. No entanto, considera-se esse profissional como importante articulador nas equipes que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência física. Dessa forma, as atividades de lazer são ferramentas do terapeuta ocupacional, porém o esporte não se faz presente nas resoluções da profissão.

Frequentemente, a forma de acesso ao esporte ocorre pela reabilitação, seja por meio de orientação profissional ou do recrutamento realizado por outro atleta[19], como ocorreu entre os participantes entrevistados. No entanto, apesar do esporte ser uma ferramenta de grande relevância na reabilitação para ganhos motores, psicológicos e sociais[27], não houve relação entre práticas de reabilitação e a prática esportiva entre os sujeitos entrevistados, apesar de que a prática esportiva poderia ampliar os ganhos na reabilitação. O apoio de diversos profissionais torna-se relevante para facilitar a promoção de reflexões sobre a prática esportiva, analisar a indicação adequada de suportes físicos e tecnológicos para promover o desempenho funcional, dentre outras contribuições.

5 CONCLUSÃO

Conhecer a percepção dos paratletas de handebol sobre a prática esportiva possibilitou discutir os benefícios da atividade, destacando-se os aspectos sociais, controle emocional e controle motor (ou cuidados com o corpo). Assim, foi possível compreender a relação entre a atividade esportiva e a prática que promove benefícios para a saúde da população com limitações física desse estudo.

As dificuldades percebidas pelos participantes da pesquisa foram menos frequentes, se comparadas aos benefícios, e as dificuldades foram relacionadas às questões financeiras e aspectos motores.

Embora a amostra seja restrita, o time entrevistado relacionou profissionais da saúde com as práticas esportivas e considera que o terapeuta ocupacional pode atuar nesse campo, porém ainda sem identificar como pode ocorrer a contribuição. Para além de se pensar em ações, é necessário que o terapeuta ocupacional, então, justifique sua prática e ocupe esse espaço nas ações relacionadas à facilitação e promoção de papéis ocupacionais.

Com isso, sugere-se a relevância da incorporação da CIF nos processos de reconhecimento das demandas entre as pessoas com deficiência. Com a identificação da funcionalidade, facilitadores e barreiras é possível a construção de programas de reabilitação mais próximos das demandas dessa população em seu contexto.

Para tanto, a RBC pode ser uma importante estratégia para facilitar a implementação das ações quando se trata da atenção básica. Por meio das ações multissetoriais pode ocorrer a ampliação do acesso e a transformação efetiva da participação de pessoas com deficiência nos espaços coletivos.

Quanto às problemáticas da pesquisa, deve-se elencar principalmente a pequena amostra de sujeitos, uma vez que os mesmos são participantes de um projeto, trazendo a importância de mais estudos na área, com grupos maiores e de contextos diversos.

Reconhece-se no campo do esporte e das práticas de lazer importantes lacunas no desenvolvimento de ações voltadas à população com deficiências físicas, apesar de discutidas em diversas esferas das políticas públicas. Assim, sugere-se também mais pesquisas na área.

Referências

1. Carvalho, AJM; Grande, AAB. **Perfil das atividades de vida diária dos atletas paraolímpicos de alta performance elaborado através do questionário HAQ (Health Assessmtent Questionnaire)**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. São Carlos. 2012; 20(2): 273-278.
2. Associação Americana de Terapia Ocupacional. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo**. 3ª ed. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; jan.-abr. 2015; 26 (ed. esp.): 1-49.
3. Cavalcanti, A. **Avaliação da recreação e do lazer**. In: Cavalcanti, A; Galvão, C. Terapia Ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 69-73.
4. Toldrá, RC; Souto, ACF. **Atenção ambulatorial de média complexidade em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência física no âmbito da Terapia Ocupacional: reflexões a partir da prática**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. São Carlos. 2013; 21(2): 299-306.
5. Almeida, MAB; Gutierrez, GL. **Subsídios teóricos do conceito cultura para entender o lazer e suas políticas públicas**. Conexões. Campinas. 2004; 2(1): 48-63.
6. Hunger, D; Squarcini, CFR; Pereira, JM. **A pessoa portadora de deficiência física e o lazer**. Rev. Bras. Cienc. Esporte. Campinas. 2004; 25(3): 85-100.
7. Bacheladenski, MS; Matiello Junior, E. **Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde**. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(5): 2569-2579.
8. Pinheiro, MFG; Gomes, CL. **A temática do lazer em cursos de graduação da área da saúde**. Rev. Motriz. Rio Claro. 2011; 17(4): 579-590.
9. Santos, A; Jesus, GM; Batista, JDO; Rocha, LAO; Farias, SRR. **Lazer, esporte, jogo e trabalho: uma relação com a deficiência**. Rev. Diálogos Possíveis. Salvador. 2006; 5(1): 174-187.
10. Martinelli, SA. **A importância das Atividades de Lazer na Terapia Ocupacional**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. São Carlos. 2011, 19(1):111-118.
11. Oliveira, CB. **Adolescência, inclusão de deficientes e educação física**. Rev. Digital.

Buenos Aires. 2005; 10(82): 1-6.

12. Borella, DR. **Atividade Física Adaptada no contexto das matrizes curriculares dos cursos de Educação Física**. [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2010.

13. Glantz, CH; Richman, N. **Atividades de Lazer**. In: Pedretti, LW; Early, MB. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas. 5ª ed, São Paulo: ROCA, 2005. p. 268-274.

14. Brasil. Lei Federal nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em: 24 de janeiro de 2017.

15. Luiz, CCA; Macedo, MDCD. **Natação e atividades aquáticas para populações especiais: uma experiência em terapia ocupacional**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. São Carlos. 2003; 11(2): 124-127.

16. Itani, DE; Araújo, PF; Almeida, JJG. **Esporte adaptado construído a partir das possibilidades: Handebol Adaptado**. Rev. Digital. Buenos Aires; 2004; 10(72): 1-11.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades – São Paulo- São Carlos Censo 2010.** Disponível em: < http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354890&search=sao-paulo|sao-carlos> Acesso em: 30 de novembro de 2015.

18. Farias, N; Buchalla, CM. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas**. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2): 187-93.

19. Brazuna, MR; Castro, EM. **A Trajetória do Atleta Portador de Deficiência Física no Esporte Adaptado de Rendimento. Uma Revisão da Literatura**. Motriz. Rio Claro. 2001; 7(2): 115-123.

20. Oliver, FC; Tissi, MC; Aoki, M; Vargem, EF; Ferreira, TG. **Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária**. Interface. Botucatu. 2004; 8(15): 275-288.

21. Cartilha do Censo 2010. **Pessoas com Deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

22. Ferreira, LTD; Castro, SS. Buchalla, CM. The **International Classification of Functioning, Disability and Health: progress and opportunities**. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(2): 469-474.

23. Amaral, FLJS; Holanda, CMA; Quirino, MAB; Nascimento, JPS; Neves, RF; Ribeiro, KSQS et al. **Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de**

mobilidade ao SUS. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(7): 1833-1840.
24. Wilhite, B; Shank, J. **In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability**. Disabil. Health J. 2009; 2;116-127.
25. Adams, RC; Daniel, AN; Mc Cubbin, JÁ; Rullman, L. **Esportes, jogos e atividades adaptadas para deficientes físicos**. In: Adams, RC; Daniel, NA; Mc Cubbin, JÁ; Rullman L. Jogos, esportes, e exercícios para o deficiente físico. São Paulo: Manole, 1985. p.217-354.
26. Hasselkus, BR. **Introdução às populações de adultos e idosos**. In: Neistadt, EM; Crepau, BE. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 626-627.
27. Cardoso, VD. A **reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado**. Rev. Bras. Ciênc. Esporte. Florianópolis. 2011; 33(2): 529-539.

*O manuscrito é resultante do trabalho de conclusão do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade de Araraquara, apresentado pelas autoras Natasha Reis Ferreira, Evaine da Silveira Silva e Marisa Conceição Ramos, sob orientação da professora Cristiane Lopes Carneiro. O mesmo não possuiu fomento e já foi apresentado parcialmente, em formato de pôster, no VII Simpósio de Terapia Ocupacional e I Simpósio de Trabalhos Científicos do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, em 2013, e na XVIII Semana de Estudos em Terapia Ocupacional e I Simpósio de Trabalhos de Conclusão de Curso e de Iniciação Científica de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, em 2014.

Contribuição das autoras:

A primeira e a segunda autoras participaram da concepção, redação e revisão do texto. As demais autoras realizaram a organização das referências bibliográficas e sua análise.