

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E
EDUCAÇÃO FÍSICA



**Estudo da competência física, da identidade atlética e
da auto-estima em atletas com deficiência motora**

Renata Consentino Domingues
Coimbra, 2008

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E
EDUCAÇÃO FÍSICA



**Estudo da competência física, da identidade atlética, da
auto-estima em atletas com deficiência motora**

Dissertação com vista à obtenção do grau de
Licenciatura em Educação Física, pela Faculdade
de Ciências do Desporto e Educação Física da
Universidade de Coimbra.

Coordenador:

Professor Doutor José Pedro Ferreira

Orientadora:

Mestre Maria João Campos

Renata Consentino Domingues

Coimbra, 2008

AGRADECIMENTOS

É de uma importância extrema compensar todos aqueles que estão por detrás desta caminhada, mas que muitas das vezes são inadvertidamente “desconhecidos”.

Primeiramente agradeço á Deus, por tudo!!!

Agradeço a minha Professora Orientadora da monografia Maria João Campos, por todos os ensinamentos que me transmitiu durante todo esse percurso, por toda a disponibilidade que sempre me apresentou e pela imensa paciência!

Ao meu esposo e minha filha pelo carinho, apoio e incentivo.

Pela minha família que estará sempre comigo nos meus pensamentos.

A minha amiga Ruth que ajudou-me imenso.

E por último mas não menos importante a minha eterna Tia Lúcia que sempre se mostrou prestativa para me ajudar.

Agradeço a Todos!!

RESUMO

Ao realizar o presente estudo pretende-se verificar de que forma a prática de actividade física e desportiva influencia a pessoa portadora de deficiência motora sobre sua autopercepção (competência física, identidade atlética, auto-estima e autopercepção do domínio físico), bem como procurar explicar outras variáveis, tais como o género, a faixa etária e a frequência desportiva; susceptíveis de mostrar diferenças significativas e coerente de alguma diversidade de opiniões.

A amostra foi composta por 35 indivíduos (N=35), dos quais 18 são do género masculino e 17 do género feminino. As idades da amostra estão compreendidas entre os 14 e 54 anos de idade, sendo todos eles portadores de deficiência motora. A recolha dos dados foi efectuada em Leiria, no Centro Desportivo da Macieira.

Para esta investigação, foram necessários instrumentos de medidas (questionários) com testes e escalas, de modo a conseguir identificar o nível de auto percepção geral da população portadora de deficiência motora. Para avaliar a Auto estima foi utilizada a escala *Rosenberg Self-Esteem Scale (1965)*, para avaliar a Capacidade Física Percebida utilizou-se o instrumento *Physical Self-Efficacy Scale: Sub-escala Perceived Physical Ability*, enquanto que a Identidade Atlética e Auto-Percepção Física foram utilizadas as escalas *Athletic Identity Measurement Scale* e *PSPPP* respectivamente.

ABSTRACT

To assess how physical activity and sport influence the self-perception of motor-handicapped people (physical ability, athletic identity, self-esteem and physical self-perception).

The sample consisted of 35 individuals (N=35), with 18 males and 17 females aged 14 to 54, all motor-handicapped. Data were collected in the town of Leiria, at the Macieira Sports Center.

This investigation required measuring instruments (questionnaires) with tests and scales, in order to quantify the level of general self-perception in the motor-handicapped population. *Rosenberg Self-Esteem Scale (1965)* was used to assess self-esteem, *Physical Self-Efficacy Scale: Subscale Perceived Physical Ability* was the instrument used to evaluate the perceived physical ability, while *Athletic Identity Measurement Scale* and *PSPPp* were used for athletic identity and physical self-perception, respectively.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO	III
ABSTRACT.....	IV
ÍNDICE GERAL.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
ÍNDICE DE TABELAS.....	VII
LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
I Introdução	2
1. Importância do Estudo.....	3
1.3. Formulação do Problema	4
1.4. Definição dos Objectivos	4
1.5. Hipóteses e Expectativas	4
1.6. Estrutura do Estudo	5
II Revisão de Literatura	7
2.1 Deficiência	7
2.1.2 Caracterização da população com deficiência motora	9
2.1.3. Estrutura da população com deficiência	10
2.2.Visão geral dos componentes da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (2003)	13
.....	
2.2.1 Lesão Vertebro-Medular	16
2.2.2 Spina Bífida	17
1. Poliomielite	19
1. Amputações	20
2.3 História da integração das populações especiais na prática da actividade física .	20
2.4 Importância e benefícios da actividade física nas populações especiais	25
2.4.1 Nível Fisiológico.....	26
2.4.2 Nível Psicológico	30
2.4.3Nível Sociológico	31
2.5 As Autopercepções	32
2.5.1 Autoconceito	34
2.5.2 Autoconceito Físico	36
2.5.3 Autoestima	37
2.5.4 Identidade Atlética	39
2.5.5 Competência Física Percebida	39
III Metodologia	42
3.1 Caracterização do estudo	43
3.2 Procedimentos da selecção da Amostra	43
3.3 Caracterização da amostra	44
3.4. Instrumentos de Avaliação	44
3.4.1. Ficha de Caracterização Individual	45

3.4.2. Instrumento de Avaliação Auto Estima	45
3.4.3. Instrumento de Avaliação da Identidade Atlética (AIMS)	46
3.4.4. Instrumento de Avaliação da Competência Física Percebida	47
3.5. Definição e Caracterização das variáveis em estudo	47
3.5.1. Variáveis Independentes	47
3.5.2. Variáveis Dependentes	48
3.6. Procedimentos de Aplicação do Instrumento	48
3.7. Procedimentos de Análise e Tratamento dos Dados	49
IV Apresentação dos Resultados	51
4.1. Estatística Descritiva das Variáveis Independentes	51
4.1.1. Caracterização da Amostra	51
4.2. Estatística Descritiva das variáveis dependentes	54
4.2.1. Estatística inferencial das variáveis dependentes e independentes em estudo	55
V Discussão dos Resultados	62
5.1. Escala de auto estima	63
5.2. Escala de identidade atlética	64
5.3. Escala de competência física	65
VI Conclusões	67
6.1 Limitações	69
6.2 Recomendações Futuras	70
VII Referências Bibliográficas	71

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1 – Ciclo de Decréscimo da Funcionalidade do Indivíduo com Deficiência em Função da Inatividade.....	2 7
Figura 2 – Modelo Hierárquico Multidimensional, adaptado de Shavelson e colaboradores.....	3 5
Figura 3 – Hipótese dos três níveis de organização hierárquica da auto-estima.....	3 8

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Funcionalidade e incapacidade vs. Factores Contextuais.....	1
Tabela 2- Relação de Delegações nas Paraolimpiadas	2
Tabela 3- Objectivos do desporto Adaptado.....	2
Tabela 4- Tabela Relativa á Variável Género.....	5
Tabela 5- Tabela Relativa á Variável Estado Civil.....	5
Tabela 6- Tabela Relativa á Variável Doença.....	5
Tabela 7- Tabela Relativa á variável Modalidade Física.....	5
Tabela 8- Tabela Relativa á Variável Frequência Desportiva.....	5
Tabela 9- Tabela Relativa á Variável Nível Desportivo.....	5
Tabela 10- Tabela Relativa á Variáveis Dependentes.....	5
Tabela 11- Estudo Estatístico da Variável Género vs. Variáveis Dependentes.....	5
Tabela 12- Estudo Estatístico da Variável Grupo Etário.....	5
Tabela 13 – Tabela relativa à variável frequência desportiva vs. Variáveis Dependentes.....	6
Tabela 14 – Tabela relativa à variável nível desportivo vs. Variáveis dependentes.....	5
Tabela 15 – Tabela de correlações das variáveis dependentes	5

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Pirâmide etária da população residente total da população com deficiência por grupo etário. Portugal, 2001.	10
Gráfico 2- Estrutura etária da população com deficiência, por tipo de deficiência. Portugal, 2001	11

I – INTRODUÇÃO

O exercício e a prática desportiva regular têm vindo a ser apontados como importantes veículos na prevenção e combate a diferentes situações de natureza patológica. É inegável que a prática regular de exercício físico tem um significado ainda maior quando associada a aspectos como a melhoria da saúde e da qualidade de vida em grupos com necessidades especiais, nomeadamente a nível fisiológico, psicológico e sociológico (Ferreira, 2007).

Há a registar, actualmente, uma tendência cada vez mais acentuada para a prática do exercício ou actividade física como resposta às pressões impostas pela sociedade contemporânea, com o intuito de libertar a tensão acumulada, alcançar o seu bem-estar físico e psicológico e/ou uma melhor qualidade de vida. Assim, inculcar hábitos de prática desportiva em populações especiais inactivas, com o objectivo de modificar positivamente as auto percepções e, conseqüentemente, promover o bem estar psicológico e melhoria da qualidade de vida, será inquestionavelmente, o objectivo de qualquer profissional da área da Educação Física e do Desporto.

Com o crescente interesse no bem-estar das populações com deficiência, os estudos que têm a vindo ser desenvolvidos, nomeadamente no seio da psicologia, tem procurado explicar o modo como as pessoas se percebem. A definição de auto percepções tem vindo ao longo dos tempos diferentes perspectivas, pois este conceito, não apresenta uma definição conceptual, apresentando um carácter complexo.

Cada sujeito está inatamente preparado para aprender sobre e consigo próprio. Este processo de aprendizagem inicia-se quando a criança começa a diferenciar entre o «eu» e o «não eu» sem nunca mais parar, persiste ao longo de toda a nossa vida, conduzindo gradualmente à formação do auto conceito (Markus,1).

O auto conceito, enquanto parte integrante que é da personalidade, influencia o comportamento de diversas formas. No caso particular das actividades desportivo motoras, a percepção que os indivíduos possuem das suas capacidades é entendida como

um indicador fundamental para a reavaliação das suas atitudes e comportamentos face a essas actividades (Coelho, 2004).

Os trabalhos desenvolvidos no domínio desportivo (Fox, 2000) alertam, entre outros aspectos, para o facto de as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física poderem promover e aumentar o auto conceito.

Com a elaboração do presente estudo pretendo analisar as Auto percepções no Domínio Físico, a Auto estima, a Competência Física Percebida e a Identidade Atlética em indivíduos com deficiência motora, praticantes de actividade física.

1.2 Importância do estudo

As populações com necessidades especiais sofrem inúmeras discriminações pela sociedade que relegam as ao esquecimento, evidenciando assim, situações de desamparo e falta de assistência. No entanto, a problemática da deficiência tem sofrido inúmeras alterações ao longo dos anos. Desta forma, nos dias actuais assiste-se a uma tentativa de proporcionar cada vez mais num aumento e melhoramento das condições de ajustamento da vida a esta população, com o intuito de lhes garantir o mesmo tipo de oportunidades que os indivíduos ditos normais.

Os benefícios da actividade física e desportiva dentre as populações portadoras de necessidades especiais tem sido palco de grandes discussões abrangendo os aspectos físico, psicológico e social. É neste contexto, que este estudo se insere pois tem por objectivo principal analisar o modo como os indivíduos com deficiência motora percebem sua auto estima, a competência física percebida, a identidade atlética e sua autopercepção no domínio físico.

Também me parece interessante verificar a percepção e variação destes factores através da prática desportiva, uma vez que pode constituir um bom meio para o indivíduo com deficiência manifestar autopercepções positivas, e por conseguinte comportamentos de auto valorização de si próprio, de satisfação e de autoconfiança.

1.3. Formulação do Problema

Ao realizar o presente estudo pretende-se averiguar as autopercepções, no domínio da autoestima, identidade atlética e competência física de atletas com deficiência motora.

1.4. Definição de Objectivos

As pesquisas das autopercepções na área das necessidades desportivas especiais são ainda uma área em exploração. Com a realização deste estudo pretende-se avaliar no domínio das autopercepções, a auto estima, a competência física percebida e a identidade atlética de indivíduos com deficiência motora que pratiquem desporto. Esta investigação, surge no âmbito da tentativa de melhorar e aprofundar a área em causa, pois através dos resultados poderão criar-se estratégias para a avaliação e intervenção no domínio motor e desportivo, mais especificamente nas autopercepções.

É ainda objectivo deste estudo verificar se há diferenças estatísticas significativas entre as variáveis de género e faixa etária entre os indivíduos analisados no presente estudo.

1.5. Formulação de Hipóteses

Através deste estudo, pretende-se desvendar no paradigma das autopercepções no domínio físico relativo ao género dos indivíduos com deficiência motora.

- Hipótese 1: Os atletas masculinos têm níveis de autoestima mais elevados do que os femininos.
- Hipótese 2: Os atletas masculinos têm níveis de identidade atlética mais elevados do que os femininos.
- Hipótese 3: Os atletas masculinos têm níveis de competência física percebida mais elevados do que os femininos.

- Hipótese 4: Os atletas mais novos têm níveis de competência física percebida mais elevados do que os mais velhos.
- Hipótese 5: Os atletas mais novos têm níveis de identidade atlética mais elevados do que os mais velhos.
- Hipótese 6: Os atletas mais novos têm níveis de autoestima percebida mais elevados do que os mais velhos.

1.6. Estrutura do estudo

O presente estudo de investigação encontra-se dividido em 7 capítulos:

Capítulo I – refere-se à Introdução, onde está incluída a Importância do Estudo, a Formulação do Problema, a Definição de Objectivos, as Hipóteses e Expectativas e a Estrutura do Estudo.

Capítulo II – destina-se à Revisão de Literatura, a qual contempla o enquadramento teórico e conceptual do estudo, analisando a literatura existente relacionada com o tema abordado.

Capítulo III – refere-se à Metodologia, onde será realizado a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados, a definição das variáveis independentes e dependentes, os procedimentos de aplicação e o tratamento estatístico dos dados colectados.

Capítulo IV – este capítulo diz respeito à Apresentação dos Resultados, através da análise estatística descritiva e inferencial.

Capítulo V – destina-se à Discussão dos Resultados, onde se confrontam os resultados obtidos com os estudos referenciados na Revisão de Literatura; identificando ainda algumas limitações na concretização deste estudo e sugere recomendações para futuras investigações.

Capítulo VI – destina-se à Apresentação das Conclusões, das Limitações e das Recomendações do estudo.

Capítulo VII – apresenta por ordem alfabética as Referências Bibliográficas consultadas na elaboração do presente estudo.

Revisão de Literatura

II – Revisão de Literatura

Para uma melhor percepção de toda a problemática agregada no contexto da deficiência e de toda a sua temática envolvida, é necessário realizar uma revisão de literatura onde são descritas uma diversidade de pontos essenciais oriundo de referências aos autores mais importantes relacionados as questões apresentadas.

Subsiste uma diversidade de deficiências, contudo abordaremos as de carácter motor no que diz respeito ao estudo apresentado.

2.1 Deficiência

O corpo não é apenas experimentado, ele é também a base de todas as experiências, é a janela do indivíduo para o mundo (Hughes & Patterson, 1997; citado por Sparkes, Smith, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica e anatómica. Diz respeito a biologia da pessoa. A expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua uma deficiência.

Existem uma diversidade de deficiências que correspondem a diferentes problemas de saúde, nomeadamente os problemas sensório motores, internos, psicossociais e intelectuais.

Os problemas sensórios motores de saúde são relativos às funções dos sistemas neurológicos e músculo-esqueléticos (lesões de espinal-medula, acidentes, amputações), limitando assim o desenvolvimento, a coordenação e /ou a realização de um movimento. Segundo Bagatini (1897) os indivíduos com esse tipo de perturbação utilizam, frequentemente, dispositivos de apoio ou precisam de ajuda pessoal para executarem suas actividades diárias e recreativas.

Relativamente às perturbações das funções dos órgãos internos – endócrinos, respiratórios, cardiovasculares, renais e outros – que limitam a capacidade fisiológica estão relacionados a problemas internos de saúde do indivíduo.

Quanto a problemas psicossociais de saúde, estes são relativos às funções de interacção emocional e social (autismo, esquizofrenia), limitando assim o contacto social da pessoa com o seu ambiente.

E em relação aos problemas relacionados com domínios intelectuais de saúde, estes são relativo às funções cognitivas superiores, especialmente relacionadas com a deficiência mental e com os distúrbios de aprendizagem que podem afectar a capacidade que a pessoa tem de viver autonomamente.

Desde 1960, a relação entre deficiência e o corpo, tem sido altamente contestada segundo a ostentação de dois modelos de abordagem á deficiência. Oliver (1996) apresenta o modelo médico e modelo social, estes retratam perspectivas diferentes sobre a relação entre incapacidade e a sociedade. O modelo médico assenta nas características do indivíduo, defendendo a concepção tradicional da deficiência, como o resultado de uma incapacidade física e mental, e em que as pessoas incapacitadas eram vistas habitualmente como tendo “corpos estragados” ou “mentes falhadas.” Já o modelo social surge nos anos 70 em oposição clara ao modelo anterior. O conceito de incapacidade foi gradualmente reformulado e passou a ser compreendido como forma de opressão social, surgindo através da luta das pessoas com deficiência e seus grupos representativos, de situações de relegação social para instituições residenciais, exclusão do mercado de trabalho, de oportunidade de ganhar a vida, relegando-os para a pobreza (Barton, 1997 & Oliver, 2006). Findando esta perspectiva, ela preza-se pelo termo de deficiência, que só existe porque a sociedade criou barreiras às pessoas portadoras de deficiência.

Recentemente Hughes (2002) define que a deficiência não é um problema médico ou problema pessoal, mas um conjunto de barreiras físicas e sociais que constrange, regula e discrimina pessoas com incapacidade. Segundo o autor, a deficiência deve ser encarada não como um deficit corporal, mas em termos do modo como as pessoas excluem as estruturas sociais e oprimem este tipo de pessoa.

2.1.1. Caracterização da População com Deficiência Motora

“Deficientes somos todos nós, quando não sabemos entender as diferenças e integrá-las numa sociedade justa!”

António Cabós Gonçalves, filósofo.

O Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) e o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, revelaram que as pessoas com deficiências e incapacidades equivalem a 8,2 por cento da população portuguesa, onde as mesmas possuem rendimentos baixos, baixa escolaridade e, sem o perceberem, enfrentam discriminação.

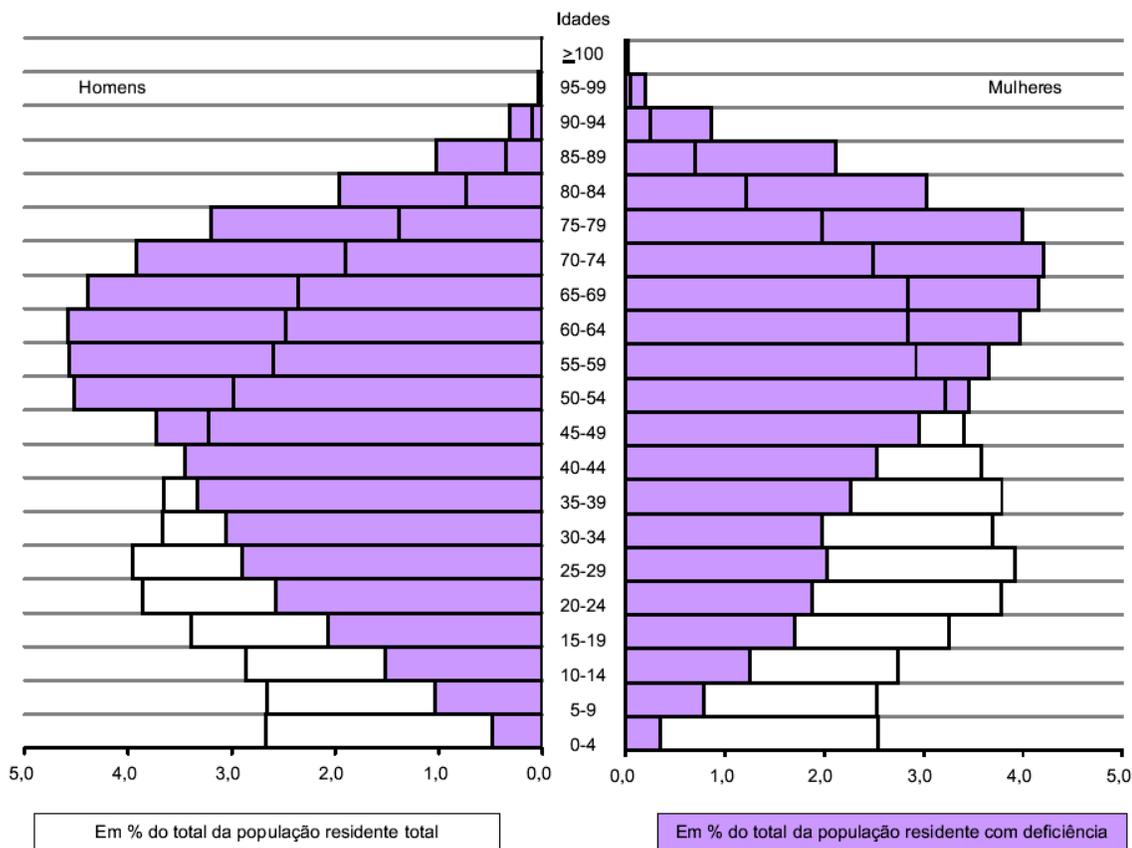
Estima-se que existam em todo o mundo mais de 650 milhões de pessoas com deficiência, com a Europa na casa dos 40 milhões. Em Portugal, calcula-se que ascendam já a cerca de um milhão, ou seja, um décimo da população nacional. Segundo os dados dos Censos 2001, a população com pelo menos um tipo de deficiência representava 6,1% da população residente total, sendo mais elevada entre os indivíduos do sexo masculino (6,7% contra 5,6% da população feminina). Do total de pessoas com deficiência, quase 40% referiam-se ao nível sensorial (auditiva e visual), embora com uma diferença significativa entre os dois tipos: as pessoas com deficiência visual representavam quase o dobro das que observavam alguma deficiência do tipo auditivo.

2.1.2. ESTRUTURA DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA

O envelhecimento da população com deficiência é bem visível na pirâmide etária comparativamente à da população residente total.

Figura 1.3

Pirâmides etárias da população residente total e da população com deficiência, por grupo etário, Portugal 2001



Fonte: INE, Recenseamento Geral da População 2001

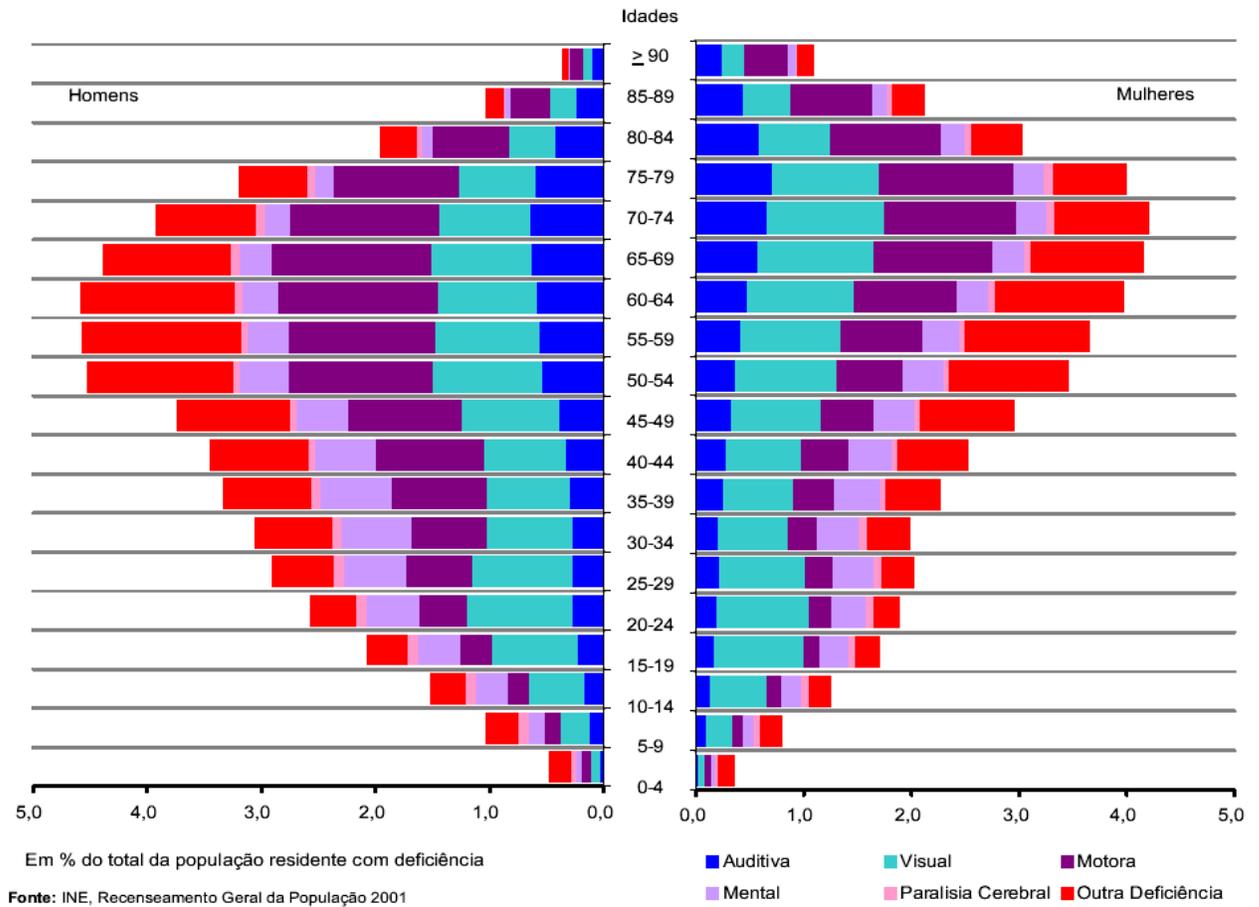
A distribuição da população segundo os diferentes tipos de deficiência apurados pela operação censitária não é uniforme. Considerando a estrutura da população em análise, é possível verificar a maior ou menor incidência das modalidades seleccionadas.

Da análise da figura 1.4 ressalta, desde logo, um acréscimo da proporção das pessoas com deficiência motora e com outras deficiências gradualmente à idade, sobretudo entre a população masculina.

Entre os 50 e os 65 anos, quase um terço dos homens com deficiência apontaram para o tipo motora. O aumento proporcional à idade da deficiência motora e de outras deficiências verifica-se igualmente na população feminina, embora a primeira seja notória a partir dos 60 anos, sensivelmente.

Figura 1.4

Estrutura etária da população com deficiência, por tipo de deficiência, Portugal 2001



A deficiência mais comum em Portugal é a visual (25,7%), logo seguida pela motora (24,6%), auditiva (13,2%) e mental (11,2%). A paralisia cerebral representa apenas 2,4%, sendo que 23% dos totais identificados são de tipo não documentado. Segundo os dados de 2001, existem mais homens com deficiência do que mulheres, excepto na visual, onde a proporção se inverte (91 homens por cada 100 mulheres).

Os acidentes de viação, trabalho e guerras são responsáveis pela maior percentagem masculina em deficiência motora (132 homens por cada 100 mulheres). Só os treze anos de guerra colonial produziram perto de quinze mil deficientes, mais de mil por ano. Nos restantes tipos de deficiência (intelectual, auditiva, paralisia cerebral e outras) o quociente situa-se entre os 107 e os 116 homens por cada 100 mulheres. Um

factor a ter em conta na procura de respostas é o comprovado envelhecimento da população com deficiência. Em 2001, a idade média da população portuguesa era de 40 anos, enquanto que a da população com deficiência subia para os 53. Por cada jovem com menos de 14 anos existiam seis deficientes com mais de 65. Na deficiência motora esta relação subia para quinze.

Mais de metade dos indivíduos com deficiência são casados ou vivem em união de facto, sendo 31% solteiros, 13% viúvos e 3,5% separados. Segundo as estatísticas, cerca de 15% das famílias portuguesas têm pelo menos um membro com deficiência.

A maior percentagem da população portadora de deficiência situa-se em Lisboa, seguido por Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Norte, por esta ordem, com a Madeira e os Açores com os números menores (Revista Perspectiva, 2008, http://www.revistaperspectiva.info/index.php?option=com_content&task=view&id=279)

Segundo Rodrigues (1981), a deficiência motora pode ser considerada como uma perda de capacidades, afectando directamente a postura e/ou movimento, fruto de uma lesão de natureza congénita ou adquirida, ao nível de estruturas efectivas e reguladoras do movimento no sistema nervoso e osteomuscular.

De acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (2003), podemos definir deficiência motora como os problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como desvio importante ou uma perda.

As deficiências correspondem a um desvio relativamente ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções. A definição dos seus componentes é feita essencialmente por pessoas com competência para avaliar a funcionalidade física e mental, de acordo com esses padrões.

As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população, e geralmente aceite como normal, pode ser leve ou grave e pode variar ao longo do tempo.

Essas deficiências não têm uma relação causal com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram. Por exemplo, a perda da visão ou de um membro pode resultar de uma anomalia genética ou de uma lesão. A presença de uma deficiência implica necessariamente uma causa, no entanto, a causa pode não ser suficiente para explicar a deficiência resultante. Da mesma forma, quando há uma deficiência, há uma disfunção das funções ou estruturas do corpo, mas isto pode estar relacionado com qualquer doença, perturbação ou estado fisiológico.

As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (CIF, 2003).

2.2. Visão Geral dos Componentes da Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade e Saúde – CIF (2003)

Definições – Contexto da Saúde

- **Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).
- **Estruturas do corpo** são as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.
- **Actividade** é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo.
- **Participação** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.
- **Limitações de actividade** são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de actividades.

- **Restrições de participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.
- **Factores ambientais** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

A CIF tem duas *partes*, cada uma com dois *componentes*:

Parte 1. Funcionalidade e Incapacidade

(a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo

(b) Actividades e Participação

Parte 2. Factores Contextuais

(c) Factores Ambientais

(d) Factores Pessoais

Tabela 1 - Funcionalidade e Incapacidade vs. Factores Contextuais

Componentes	Parte I – Funcionalidade e Incapacidade		Parte II – Factores Contextuais	
	Funções e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas e acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade Funcional e Estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não Aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos Negativos	Deficiência	Limitação da Actividade	Barreiras	Não Aplicável
		Restrição da Participação		
Incapacidade				

A deficiência motora corresponde a condição que possui maior leque de variabilidade de patologias e agravos que alteram e dificultam a motricidade. Dentre os principais quadros motores apresentados pelos indivíduos com necessidades especiais procuramos enfocar as condições mais comuns e relevantes a amostra do presente estudo.

2.2.1 Lesão Vertebro-Medular

De uma óptica clínica, uma deficiência na corda espinha resulta de uma lesão vertebro-medular, quer seja a nível dos nervos, quer seja a nível das vértebras. Estes casos estão na maioria das vezes associados a um determinado grau de paralisia, ou seja, perdas motoras, sensoriais e ao nível de realização de funções autónomas que resulta da lesão na corda espinal.

As capacidades funcionais dos indivíduos com lesão vertebro-medular são variáveis em função do nível em que ocorreu a lesão, ou seja, a gravidade desta lesão é tanto maior quanto mais elevada for a zona da coluna vertebral onde ocorreu a lesão.

A lesão da coluna vertebral, de acordo com investigadores desta área pode dividir-se etimologicamente em dois grupos: lesões de natureza traumática, sendo geralmente resultantes de acidentes de viação (48%); queda (21%); violência (14%); lesões desportivas (14%); entre outras causas (3%) (Sherril, 1998). O outro grupo diz respeito à lesões não traumáticas, que surgem frequentemente em indivíduos adultos como consequência de uma doença ou influencia patológicas, tais como disfunções vasculares, trombose, embolia, subluxações vertebrais secundárias à artrite reumatóide entre outras.

De um incidente vertebro-medular podem originar duas situações, a tetraplegia ou paraplegia, sendo que em ambas as situações ocorre uma interrupção da transmissão dos sinais nervosos do Sistema Nervoso Central para a periferia, originando assim, a perda dos movimentos e sensações.

A paraplegia surge quando há uma paralisia parcial ou completa do tronco e dos membros inferiores, já a tetraplegia surge quando há uma perda ou a diminuição da função motora e sensorial em todo o segmento da coluna vertebral.

Devido ao fato da medula espinal não se regenerar por si própria, a destruição da corda espinhal é permanente. Em alguns casos, onde a lesão seja parcial, é possível que meses ao incidente, possa haver uma gradual recuperação da sensibilidade ou controlo muscular em determinados grupos musculares, mas essa recuperação acontece devido ao

alívio da pressão nos nervos afectados. Não significando assim, que tenha ocorrido uma regeneração, pois como tal referido, este processo é impossível.

O grau de intensidade de uma lesão deste tipo, compromete repercussões a vários níveis, no entanto não implica nenhuma relação absoluta causa-efeito. Os indivíduos com este tipo de lesão, podem sofrer alterações fisiológicas quer a nível neuromuscular, quer a nível cardiovascular e respiratório, o que transforma estes sujeitos totalmente dependentes de terceiros. Fonte: <http://www.scribd.com/doc/3219834/lesao-vertebromedular>

Alguns estudos e pesquisas nesta circunferência apresentam resultados significativos no que diz respeito a tratamentos e reeducação funcional, aumentando assim a esperança média de vida destes indivíduos.

2.2.2 Spina Bífida

A espinha Bífida é uma malformação congénita do tubo neural. Resulta de uma falha na formação das vértebras na coluna do feto, falha essa que, abrindo e tornando vulnerável o seu interior, provoca danos, por vezes graves, no sistema nervoso central. Esta malformação congénita a nível vertebral ocasiona-se durante o desenvolvimento do sistema nervoso central e da coluna, mais propriamente entre o 14º e 28º dia após a concepção do feto.

Ocorre normalmente na região lombar-sacral, embora outras regiões possam também ser afectadas. Esta manifesta-se geralmente por um desenvolvimento incompleto do aro posterior de uma ou mais vértebras, ou seja, não existe o encerramento entre a apófise espinhosa e o corpo vertebral, deixando sem protecção uma parte da espinhal-medula ou das suas raízes, de modo que, em vez do braço posterior ser inteiro ele seja dividido – isto é bífido. (Fonte: <http://www.anddemot.pt/asbihp.org/>)

Um aspecto a ser, neste contexto, tido em conta é o nível da lesão, derivada do aparecimento desta malformação. O seu grau depende da sua localização na coluna e também da quantidade e da qualidade de terminais nervosos que se “desligaram”, isto é, de terminais que foram interrompidos pela fenda. Assim, deve dizer-se que quanto mais alta a lesão se encontrar no que respeita ao posicionamento das vértebras na coluna,

maior será o nível de afectação e as dificuldades que a criança possa, eventualmente, vir a ter.

Refira-se igualmente que existem quatro tipos de Spina Bifida, sendo que um destes quatro tipos - Spina Bifida Cística - pode ser dividido em dois grupos. Em primeiro lugar, devemos referir a Spina Bifida Oculta que, tanto quanto se pensa, é um factor comum a pelo menos metade da população portuguesa. É um tipo de Spina Bifida que, na grande maioria das vezes, não traz complicações de maior e pode até passar completamente despercebida durante todo o período de vida dado que a sua sintomatologia é muito fraca. Por vezes, pode ser identificada pela verificação, ou mais ou menos casual, de uma pequena cova ou de um tufo de pêlos nas costas. É normalmente constatada através de Raio X.

Num segundo grupo surge a Spina Bifida Cística. Este tipo de malformação é visível, à nascença, através do aparecimento de uma "bolsa" (ou quisto) na região dorsal coberta por uma fina camada de pele. Existem duas formas de Spina Bífida Cística: O Meningocelo e o Mielomeningocelo.

No tipo Meningocelo, a "bolsa" já referida contém tecidos que cobrem a espinal-medula (meninges) e líquido cefalorraquidiano (que banha e protege o cérebro e a espinal medula). É a forma menos comum de Spina Bifida e, exceptuando a Spina Bifida Oculta, a menos grave, dado que os terminais nervosos envolvidos na ruptura estão relativamente pouco lesados. (Fonte:<http://www.asbihp.pt/index.php/associacao>)

No tipo Mielomeningocelo, a "bolsa" já contém, para além de tecido e líquido cefalorraquidiano, raízes nervosas e parte da espinal-medula. É o tipo de Spina Bifida Cística mais grave e, ao mesmo tempo, mais comum. Provoca, de forma geral, paralisia ou perda de sensibilidade abaixo da região lesada e problemas de incontinência urinária e/ou fecal. A gravidade deste tipo de Spina Bifida, como já apresentado, depende da localização da lesão e, ao mesmo tempo, da quantidade e da qualidade de terminais nervosos afectados (Fonte: <http://www.crfaster.com.br/mielo.htm>).

Tanto quanto se sabe, o aparecimento desta malformação parece estar relacionado com uma combinação entre factores genéticos e ambientais. Aspectos como a poluição e a ligação, mesmo que remota, aos povos de origem Celta são comumente associados ao aparecimento de Spina Bifida. No entanto, as causas exactas, do ponto de vista científico,

para o aparecimento desta malformação não estão ainda determinadas. Mas pesquisas recentes apontam ainda para o facto do aparecimento de Spina Bifida nas suas formas mais severas estar relacionado com uma deficiência no gene LPP1. (Fonte: <http://asbihp.blogspot.com/>)

2.2.3 Poliomielite

O poliovírus é o vírus responsável pela poliomielite, que depois de segregado na saliva e posteriormente deglutido, se multiplica na mucosa intestinal e vai actuar a nível do corno anterior da medula.

Em cada 100 indivíduos infectados, o poliovírus invade o sistema nervoso central e replica-se nos neurónios motores da medula espinhal (poliomielite espinhal) ou tronco encefálico (poliomielite bulbar). Esta situação leva a que haja uma má condução do estímulo, o que origina numa diminuição da qualidade da estimulação. Como consequência o músculo é cada vez menos solicitado, levando a uma progressiva atrofia muscular (Fonte:http://www.bvspolio.coc.fiocruz.br/local/File/relatoriofinal_projeto.pdf).

O número de células motoras afectadas e a sua precisa localização determinam a gravidade da lesão. Desta forma, pode ser temporária e provocar uma paralisia temporária, ou quando se verifica a destruição completa e irreversível das células motoras pode originar uma permanente incapacidade muscular e paralisia dos músculos que suportam o corpo.

Segundo Auxter (1993), a poliomielite apresenta três fases distintas de evolução:

- **Fase aguda:** sintomas de dores de cabeça e de garganta, náuseas, vômitos, febre e rigidez muscular, como uma duração média de oito a dez dias.
- **Fase de convalescença:** fase durante a qual os músculos recuperaram lentamente a sua função, podendo voltar ao seu estado normal em função da extensão dos danos causados a nível dos motoneurónios, com uma duração de várias semanas, inclusive meses.
- **Fase crónica:** é um período crítico, que se estabelece por volta do décimo oitavo mês, no qual não há recuperação da função motora.

No combate ao aparecimento desta doença a melhor medida é a vacinação. Ela deve ser ministrada em várias fases durante a infância, reforçando posteriormente as doses.

2.2.4 Amputações

Este termo refere-se a ausência de um segmento podendo ser de causa congênita ou adquirida, resultante de um trauma ou doença. Deste modo as amputações congénitas manifestam-se sob forma de uma malformação ou ausência de um membro ou parte dele.

As amputações adquiridas são resultado de acidentes (de trabalho, de viação ou de explosões com armas de fogo) ou de ainda uma intervenção cirúrgica visando o combate a uma infecção ou tumor.

Apesar do avanço da tecnologia contribuir para a minimização das consequências de uma amputação, através da substituição do segmento por próteses, que são cada vez mais leves e funcionais, a perda de um membro é um momento de grande tensão emocional que conduz os indivíduos a produzirem uma resposta psicológica em relação a essa perda. Esta resposta á perda de um segmento do corpo pode não ser de aceitação, originando uma série de respostas psicológicas complexas que podem conduzir ou não a um adequado ajustamento a essa perda. Neste momento o acompanhamento terapêutico é muito importante para a redução da tensão emocional e recuperação do indivíduo e consequentemente a Imagem Corporal, tornando-se particularmente perturbadora no adolescente e no jovem adulto. (Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Amputa%C3%A7%C3%A3o>)

2.3 História da integração das populações especiais na prática da actividade física

A prática de actividades físicas nos indivíduos com deficiência tem relatos desde a antiguidade, contudo as actividades competitivas para esta população são muito recentes, tendo iniciado nos finais do século XIX.

Antes do século XIX, as raízes históricas da actividade física adaptada foram indirectamente relacionadas com a ginástica médica. As actividades eram medicamente

orientadas, e tinham uma natureza preventiva, desenvolvimentista ou correctiva. O uso dos exercícios era feito segundo metodologias militares, calistênicas, sempre uniformizando a mecânica corporal. As actividades tinham um carácter higienista com objectivo de prevenir doenças e de tratar lesões.

No entanto, foi após a segunda Guerra Mundial que principiou um forte movimento, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, na superintendência do desenvolvimento do desporto adaptado, tendo características mais próximas da competição do que do âmbito terapêutico.

Segundo Adams (1987) e Winnick (1995) citado por Gorgatti e Costa (2005), ao término da Segunda Guerra Mundial muitos soldados voltaram aos seus países com diversos tipos de mutilações, distúrbios motores, visuais e auditivos. Essa situação forçou assim, os governos e instituições a tomarem iniciativas onde pudesse proporcionar melhores condições de vida para os veteranos da guerra. Com essa preocupação evidenciada, muitas pessoas com deficiências começaram a ter acesso à prática desportiva e muitas pesquisas evoluíram afim de tornar a vida dessas pessoas mais digna e saudável. Sendo assim, foi em 1946, que o Dr. Ludwing Guttman, neurocirurgião do Hospital de *Store Mandeville*, implementou pela primeira vez o Desporto sobre cadeiras de rodas. Para princípio, Guttman tentava através do desporto restabelecer o bem-estar psicológico e uma ocupação saudável do tempo livre, ao mesmo tempo que se deu conta de que a disciplina desportiva, influenciava positivamente o sistema neuromuscular e ajudava o atleta na reinserção na sociedade. Guttman viria ainda a implementar novas modalidades, tais como o tiro com arco e o atletismo, para em 1960 introduzir o halterofilismo.

Nesta circunferência, o Desporto para deficientes deixou de ser encarado apenas como terapia, passando assim a ser visto numa perspectiva diferente, onde o desenvolvimento da performance dos deficientes permitia, entre outros aspectos, uma sensibilização do grande público, uma informação positiva sobre os diferentes tipos de deficiência e suas reais capacidades se ainda uma tomada de consciência das grandes vantagens que traz à pessoa deficiente, factores estes que vão contribuir decisivamente para a sua (re) integração social (citado por Silva, 1993).

Devido ao grande aumento deste tipo de provas, uma importante característica foi necessária ser estabelecida afim de que não houvesse desvantagens em questões de deficiências, para isso, foi criado um sistema de classificação, baseado no nível de deficiência que os atletas apresentam no momento da prova, agrupando-os por níveis de capacidade. Para além do exame médico, o atleta é avaliado segundo o grau de capacidade funcional e/ou anatómica.

Os sistemas de classificação apresentam-se em grande número, sendo adaptados pelas diversas organizações. Das mais importantes, são referidas o *Comité International dês Sports des Sourds*, a *International Wheelchair & Amputee Sports Federation (IWAS)*, a *International Sports Organization for the disabled (ISOD)*, *International Blind Sports Association (ISBA)* entre outras.

Segundo Silva (1993) a evolução da integração da condição de deficiência deve-se a factores como o aumento da sua população; e que, todas estas realizações mencionadas são de extrema importância. No entanto é de ressaltar que, várias propostas têm surgindo no âmbito de uma plena integração da população deficiente na sociedade actual, e que é necessário fazer com que o Comité Olímpico Internacional perceba que o desporto para deficientes deve ser respeitado e merece essa inclusão.

Na tabela 2 é possível observar o crescimento considerável de delegações (países participantes) e do grande aumento da quantidade de atletas nas Paraolimpíadas, sendo este, seguindo exemplo das Olimpíadas, o evento máximo do esporte adaptado

2.3.1. História da integração das populações especiais na prática da actividade física

Data	Cidade	País	Participantes	Delegações	Inclusão da Deficiência	Inclusão das Modalidades Esportivas
1960	Roma	Itália	400	23	Lesado Medular	Arco e Flecha, Basquetebol em cadeira de rodas, Dardo, Esgrima, Snooker, Natação, Tênis de mesa e Atletismo.
1964	Tóquio	Japão	390	22	Lesado Medular	Halterofilismo
1968	Tel Aviv	Israel	1100	29	Lesado Medular	Bocha (europeu)
1972	Heidelberg	Alemanha	1400	44	Lesado Medular	Não houve mudanças
1976	Toronto	Canadá	2700	42	Lesado Medular Deficientes Visuais Outros (Deficientes Físicos)	Goalball (cegos), Voleibol sentado e em pé e Tiro
1980	Arnhem	Holanda	2560	42	Lesado Medular Deficientes Visuais Amputados Paralíticos Cerebrais	Luta livre para cegos; Sai o Dardo e o Snooker
1984	Nova Iorque	EUA	1700	41	Lesado Medular Deficientes Visuais Amputados Paralíticos Cerebrais	Ciclismo, Futebol e Equitação
1988	Seul	Coreia	4200	62	Lesado Medular Deficientes Visuais Amputados Paralíticos Cerebrais Outros (Deficientes Físicos)	Judô e o Tênis.
1992	Barcelona	Espanha	4158	82	Lesado Medular Deficientes Visuais Amputados Paralíticos Cerebrais Outros (Deficientes Físicos)	Não houve mudanças
1996	Atlanta	EUA	4912	104	Lesado Medular Deficientes Visuais Amputados Paralíticos Cerebrais Outros (Deficientes Físicos) Deficientes Mentais	Primeira participação das pessoas portadoras de deficiência mental
2000	Sydney	Austrália	4000	180	Lesado Medular Deficientes Visuais Amputados Paralíticos Cerebrais Outros (Deficientes Físicos) Deficientes Mentais	Iatismo e Rugby (tetraplégica)

Tabela 2 – Relação das Delegações nas Paraolimpíadas

Podemos dizer que até meados da década de setenta os deficientes apenas participavam muito esporadicamente em encontros desportivos. O 25 de Abril é um marco importante na massificação do fenómeno desportivo, começando-se então a falar no direito à prática desportiva por parte deste tipo de população.

Em 1977 a Direcção Geral de Desportos criou um sector dedicado aos deficientes; neste mesmo ano surge o Secretariado Nacional de Reabilitação;

1979 – É formado um grupo de trabalho para a elaboração dos estatutos da Federação Portuguesa de Desportos para Deficientes;

1983 – Surge em Portugal o [Movimento Special Olympics](#). Com origem nos Estados Unidos este movimento promove a prática desportiva para deficientes intelectuais, dele fazendo parte modalidades como a Natação, Atletismo, Ciclismo, Futebol, Basquetebol, Ginástica etc. Há relatos de alguns encontros de Ciclismo, porém nunca houve um calendário competitivo regular em Portugal.

Em 1988 é constituída legalmente a [Federação Portuguesa de Desportos para Deficientes](#), destinando-se segundo os seus estatutos a pessoas portadoras de uma ou mais formas de deficiência, competindo-lhe a promoção e desenvolvimento de diversas modalidades desportivas.

A Federação possui como membros diversas Associações Nacionais de Desporto por Deficiência:

FPDD – Federação Portuguesa de Desportos para Deficientes.

ACAPO – Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal.

ANDEMOT – Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora.

ANDDEM – Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Mental.

APPC – Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.

LPDS – Liga Portuguesa de Desportos para Surdos.

1995 - É reconhecido aos atletas deficientes o direito ao Estatuto de Alta Competição e concedido à FPDD o estatuto de Utilidade Pública Desportiva.

1996 - Pela primeira vez são integrados atletas paraolímpicos no projeto de preparação Atlanta 96.

1997 - Depois de Atlanta é reconhecido aos atletas deficientes o direito a prêmios pecuniários.

Fonte: www.prof2000.pt/users/henriquesa/evolucontintern.html

2.4. Importância e benefícios da actividade física nas populações especiais

Desde 1980, que os benefícios ao nível da saúde associados à prática de exercício físico têm vindo a contribuir para o aumento de praticantes com deficiência em actividade de carácter competitivo e recreacional. Marks (1999), citado por Machado (2004) enfatizou a importância sociológica do desporto para deficientes, pois a influência desta actividade nos indivíduos pode ser não só verificada através da sua relação com os outros mas também na relação com eles próprios.

O exercício e a prática desportiva regular vêm sendo apontados como importantes veículos na prevenção e no combate de diferentes situações de natureza patológica, em grupos com e sem deficiência.

Essa prática regular de exercício físico, tem um significado ainda maior quando associada a aspectos relacionados com a melhoria da saúde e da qualidade de vida em grupos com necessidades especiais, sejam estas de natureza sensorial, intelectual ou física.

Com um estilo de vida tradicionalmente sedentário, o indivíduo com deficiência encontra na prática da actividade física e desportiva uma forma de combater a inactividade, de libertar o stress, as frustrações e as inseguranças acumuladas no dia-a-dia, resultantes das diferentes situações de segregação e de exclusão social com as quais é diariamente confrontado. Souza (1994) enfatiza que o desporto adaptado deve ser considerado como uma alternativa lúdica, sendo esta parte do processo de reabilitação das pessoas em condição de deficiência motora.

Tabela 3. Objectivos do Desporto Adaptado (citado por Zucchi, 2001)

Objectivos do Desporto Adaptado	Campo de Intervenção
Promover a auto valorização.	Psicológico
Melhorar a autoconfiança	Psicológico
Ocupar o tempo livre de forma saudável	Psicológico / Social
Promover o desporto como estilo de vida	Psicológico / Social / Terapêutico-educativo
Meio de integração na sociedade	Social / Psicológico
Aquisição e melhoria das capacidades motoras e perceptivo-motoras, condicionais e coordenativas	Terapêutico-educativo
Manutenção e melhoria das funções corporais na sua etapa de tratamento físico individual	Terapêutico-educativo
Melhoria das funções motoras, sensoriais e mentais	Terapêutico-educativo
Estimular um crescimento harmonioso, prevendo deficiências e más posturas corporais	Terapêutico-educativo
Desenvolvimento das técnicas específicas da disciplina desportiva em que está inserido	Terapêutico-educativo

Ferreira (2007) identifica claramente um conjunto de benefícios associados à prática de actividade física regular, em indivíduos com deficiência, os quais poderão ser equacionados a três níveis distintos: fisiológico, psicológico e sociológico.

2.4.1. Nível Fisiológico

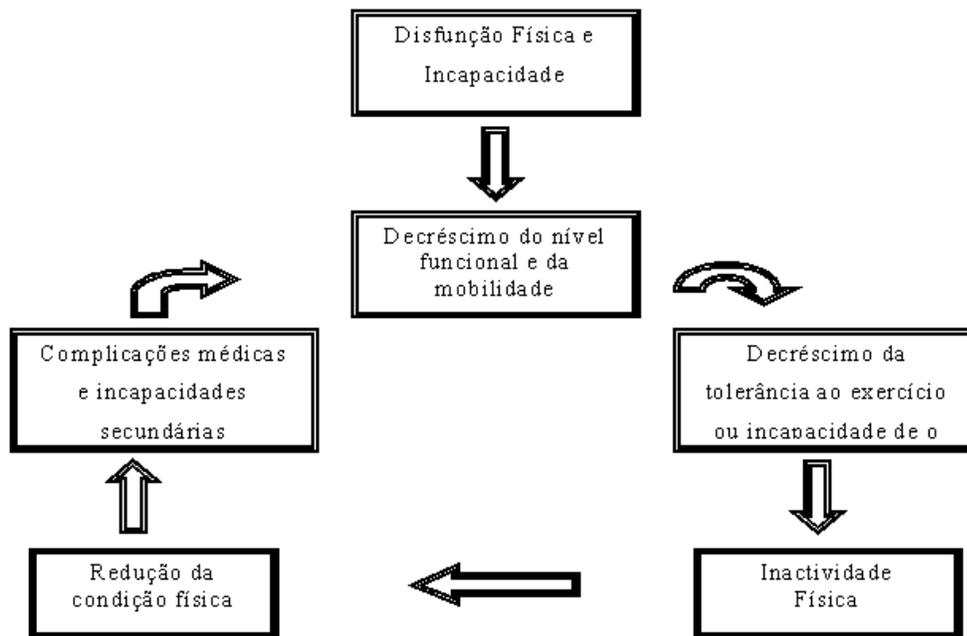
A pratica regular do exercício físico provoca no organismo, humano, um conjunto de alterações fisiológicas mais específicas as quais se vão traduzir numa melhoria do transporte e consumo de oxigénio, numa melhoria da função muscular e da flexibilidade articular, numa manutenção do conteúdo mineral ósseo e ainda numa minimização do processo natural de acumulação de gordura corporal (FAT) em função da idade.

O desenvolvimento da capacidade aeróbia apresenta um papel fundamental em termos de manutenção de saúde e do bem-estar. No caso característico dos indivíduos com deficiência, os benefícios do treino aeróbio são ainda mais profundos, desempenhando um papel indispensável na manutenção da independência do indivíduo, na manutenção ou na melhoria da sua capacidade funcional e do nível de mobilidade (Ferreira 2007).

Segundo Figoni (1995), torna-se essencial a prática regular do exercício físico em pessoas com deficiência, sendo esta prática vital para a prevenção da entrada no Ciclo de

Decréscimo da Funcionalidade em Função da Inatividade. A entrada nessa espiral conduza à deterioração progressiva da capacidade funcional e ao decréscimo da actividade, bem como ao conseqüente agravamento da qualidade de vida, da saúde e do bem-estar da pessoa com deficiência.

Figura 1 – Ciclo de decréscimo da funcionalidade do indivíduo com deficiência em função da inatividade. (Traduzido e adaptado de Figoni, S.F., 1995, Physiology of Aerobic Exercise. In P.D. Miller, Ed, fitness programming and Physical Disability, p.12. Champaign: Human Kinetics, citado por: Ferreira, 2007).



O sistema circulatório desempenha um papel fundamental no transporte do sangue arterial, carregado de oxigénio e nutrientes, para os diferentes grupos musculares em acção, bem como na remoção do sangue venoso, carregado de dióxido de carbono e de resíduos metabólicos, desses mesmos grupos musculares. Os principais benefícios do trabalho aeróbio ao nível da melhoria do transporte de oxigénio, em indivíduos com deficiência, decorre da resposta da circulação arterial ao exercício físico através de um conjunto de adaptações fisiológicas tais como o aumento do transporte de sangue arterial carregado de O₂, em consequência ao aumento da frequência cardíaca, a maior disseminação do fluxo sanguíneo por tecidos e órgãos que não estão directamente envolvidos na realização de exercício ou na produção de movimento, o aumento da taxa de remoção dos produtos metabólicos via retorno venoso, e ainda o aumento da eficácia

do retorno venoso, contrariando as frequentes situações de estagnação do sangue venoso (pooling) que levam ao aparecimento de coágulos nos membros inferiores e nos pulmões, muito frequentes nos casos de imobilização ou na inatividade extrema.

Em termos de consumo de oxigênio, nos indivíduos com deficiência o VO_2 max varia, de acordo com: a dimensão dos grupos musculares envolvidos no exercício, a capacidade funcional, cardiovascular, e musculo esquelética do atleta, e o nível de treino a que o atleta é sujeito (Ferreira, 2007).

No entanto, existem algumas limitações específicas da deficiência em termos de resposta fisiológica ao esforço aeróbio, em especial no caso da deficiência motora. Essas limitações situam-se:

- Ao nível da massa muscular treinável visto que muitas deficiências físicas limitam a quantidade de massa muscular disponível para ser utilizada na produção do movimento.
- Ao nível cardiovascular, cardiorespiratório e de controlo do Sistema Nervoso Autónomo ou Vegetativo, em especial quando em resultado de lesões ocorridas entre T1 e T5 ou níveis superiores.
- Ao nível limiar anaeróbio uma vez que o ácido láctico começa a ser produzido em excesso a partir de valores aproximados de 55% a 65% do VO_2 máx., em indivíduos com fraca condição física, estando este, dependente do volume de massa muscular envolvida (Ferreira, 2007).

Com o treino da força muscular, os indivíduos com deficiência aumentam a força e a resistência muscular, existe um crescimento e fortalecimento de ligamentos, tendões, cartilagens articulares e tecidos conectivos no interior do músculo, bem como um aumento ao nível dos conteúdos minerais ósseos, contribuindo para a prevenção de lesões esqueléticas (Felk e Falkel, 1986 citado por Ferreira, 2007).

O treino da força e as suas vantagens varia de deficiência para deficiência. Em alguns tipos de deficiência, este treino ajuda a melhorar a qualidade de vida e a independência, noutros tipos de deficiência, o treino ajuda a prolongar a qualidade de vida que tem no momento, e a retardar atrofia muscular ou mesmo paralisias.

A flexibilidade é uma componente vital da condição física, a qual se traduz através da medida da amplitude articular apresentada por determinada articulação ou grupo de articulações (Corbin & Lindsey, 1985), numa perspectiva estática, ou como sendo a oposição ou resistência ao deslocamento de uma articulação (Mathews & Fox, 1976).

A flexibilidade condiciona os indivíduos das populações especiais, tanto nas actividades do dia a dia como na performance desportiva. Em muitos tipos de deficiência, a incapacidade de realização e controlo do movimento voluntário afecta articulações específicas que leva a uma perda de flexibilidade das mesmas (Ferreira, 2007). Deste modo o indivíduo com deficiência vai ter mais dificuldades nas suas tarefas do dia a dia e na actividade desportiva.

Com o treino da flexibilidade os indivíduos com deficiência melhoram a performance e o desempenho de actividades do dia a dia, aumentam a independência, melhoram a mobilidade, manutenção ou a melhoria da atitude postural e do equilíbrio entre diferentes grupos musculares, prevenção de lesões musculares, melhoria da capacidade de execução de exercícios dinâmicos em diferentes modalidades desportivas e redução do período doloroso de recuperação pós – exercício, através da remoção do ácido láctico acumulado (Ferreira, 2007).

Num estilo de vida particularmente sedentário, muito frequentemente nas deficiências sensoriais, em alguns tipos de deficiência motora e na deficiência mental profunda, é frequente encontrar indivíduos que apresentam uma progressiva perda de cálcio que os deixa vulneráveis a fracturas (Ferreira, 2007). Uma actividade física regular contribui para a conservação dos níveis de conteúdo mineral ósseo, prevenindo a descalcificação óssea e o aparecimento de osteoporose.

Voltando a referir que o estilo de vida destas populações é maioritariamente sedentário, é fácil compreender que o risco da percentagem de gordura corporal (fat) aumentar, é maior neste tipo de pessoas. A prática de exercício físico regular previne e tenta controlar a tendência natural para um aumento da percentagem de gordura corporal.

2.4.2 Nível Psicológico

A nível do próprio indivíduo, poderá contribuir para:

- O desenvolvimento da condição física (aumento da força, da resistência, da velocidade, da flexibilidade);
- O psicomotor (melhoria no controlo postural, na coordenação motora, no equilíbrio, no conhecimento do corpo e das suas reais potencialidades quer psicomotoras, quer físicas);
- A estimulação de centros nervosos e de estruturas anatómicas lesadas, que poderá acelerar o processo terapêutico;
- Potenciar o desenvolvimento cognitivo;
- Potenciar um aumento do autoconceito;
- Potenciar um aumento da comunicação;
- Potenciar a prevenção de estados depressivos e de ansiedade;
- Potenciar a redução da irritabilidade e da agressividade;
- A produção de uma sensação de bem-estar e equilíbrio;
- Ajudar no desenvolvimento intelectual, sobretudo nas idades mais tenras;
- Potenciar a integração social e a qualidade de vida

Contribui também para o desenvolvimento social, nomeadamente:

- Através do esclarecimento do público acerca da situação particular dos grupos de deficiência, acerca das suas experiências, comportamento, actuação e das suas reais capacidades;
- Permitindo construir uma melhor camaradagem entre deficientes e não deficientes;
- Promovendo a integração social de portadores de deficiência através da realização de provas com pessoas com deficiência em eventos para pessoas sem deficiência;

- Os desportistas com deficiência funcionam como modelo de superação dos próprios limites para outros elementos com deficiência, permitindo que estes possam encontrar soluções para as suas próprias barreiras à integração e participação na sociedade;
- Despertando um maior interesse da comunidade científica para o estudo das deficiências, sobretudo no que diz respeito às áreas científicas que estudam o comportamento. A partir daí, a intervenção com esta população terá uma mais-valia no que diz respeito à qualidade desta;
- Promovendo o desenvolvimento de soluções técnicas e de materiais cada vez mais adaptados, que permitam a atenuação das desvantagens provocadas pelas deficiências.

Fonte: (<http://www.idesporto.pt/conteudo.aspx?id=27&idMenu=4>)

2.2.4. Nível Sociológico

Nas últimas décadas tem se verificado um interesse crescente, no âmbito da sociologia do desporto pelo estudo do processo de socialização do desporto adaptado e pela importância da prática desportiva como meio privilegiado de reabilitação e de reintegração do indivíduo com deficiência. A socialização surge como importante conceito sociológico que traduz o processo através do qual adquirimos a cultura da sociedade em que nascemos, adquirimos as nossas características sociais e através do qual aprendemos as diferentes formas de pensar, de nos comportarmos de modo considerado apropriado, na sociedade em que vivemos (Bilton et al., 1987).

A socialização não será mais do que o processo através do qual adquirimos as crenças, os valores, as regras e o modo de agir e de nos comportarmos, os quais são ditos como norma ou padrão, na sociedade em que estamos integrados.

É, pois, através do processo de socialização que os indivíduos com deficiência aceitam as regras e cumprem as expectativas da sociedade em que estão inseridos, utilizando-as posteriormente na determinação do modo como cada uma deve actuar e se deve comportar face as diferentes situações de integração social (Willians, 1993). Sempre que o processo ocorre dentro das normas padronizadas pela sociedade, dizemos que os

indivíduos que a integram interiorizam as regras culturais dessa sociedade, ou seja, verificou-se a sua socialização. Este conceito sociológico aplica-se tanto a indivíduos ditos normais como a indivíduos com deficiência.

Ferreira (2007) refere que a socialização através da prática desportiva adaptada ocorre a medida em que os atletas com deficiência se envolvem na prática desportiva adaptada de uma forma regular, preocupando-se com o modo em que eles adquirem sua identidade atlética. Essa identidade adquire-se na medida em que o individuo participa activamente num seio de um determinado grupo desportivo, ao mesmo tempo que vai desenvolvendo uma consciência global de carácter mais global.

A nível sociológico a problemática da deficiência e a integração do individuo na sociedade equaciona-se de duas formas distintas, como refere Ferreira (2007): o estruturalismo funcional e o interacionismo simbólico. No primeiro caso, o indivíduo com deficiência é encarado como um recipiente passivo na transmissão de significados tidos como certos a cerca da deficiência, das suas crenças e de seus valores. Já no segundo caso, o indivíduo com deficiência é encarado como um ser activo na construção da sua própria vida e em particular, nos contextos em que activamente constrói no seu significado e na sua noção do “eu”.

O indivíduo com deficiência é, tradicionalmente, mais privado de oportunidades de socialização e de interacção social adequadas. Quando estes conseguem participar em algo pertencente a sociedade, este consegue fazer parte da sociedade, consegue ser aceito pelas pessoas ditas “normais” e o seu auto conceito melhora substancialmente, não se sentindo desprezado nem marginalizado.

“De facto é geralmente aceite que a pratica regular de exercício ou actividade física, além de outros benefícios para a saúde, ajuda a libertar a tensão e a melhorar o bem-estar psicológico” (Cruz, 1996, p.91 citado por Botelho e Duarte, 1999).

2.5. As Autopercepções

Durante muito tempo, o “Eu” foi entendido e associado a termos como “alma”, “espírito” ou como “algo não físico num corpo físico” (Burns, 1986). Estas primeiras definições eram totalmente utópicas e sem fundamentação científica contudo revelaram-

se imprescindíveis para a formulação de novas descrições do “Eu”, ao fazerem a diferenciação entre o sujeito e objecto.

As origens do auto conceito são encontradas ao longo dos tempos, desde o mais longínquo trabalho de James (1892) ao mais recente de Epstein (1973), Markus e Wurf (1987).

Fox (2000), entre muitos outros autores, defende que uma das formas para potenciar o aumento de autopercepções positivas de uma indivíduo com deficiência é a promoção à participação em actividades desportivas de carácter recreativo ou competitivo. Ainda este autor sugere que, níveis elevados de autopercepções associadas a pratica desportivas contribuem para que os indivíduos evitem os efeitos da inatividade física ao nível do bem-estar social, como exemplo das desistências e do desinteresse por actividades de natureza comunitária.

No presente estudo utilizamos os termos auto percepções para designar, a percepção geral que o indivíduo tem de si próprio, o que alguns autores denominaram auto conceito geral, uma vez que, é a nomenclatura utilizada pelo autor (Fox et all. 1988) do questionário em causa, que considera as autopercepções como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, correspondendo à sua auto descrição, na construção de uma imagem multifacetada. Assim, James (1890) distinguiu um grande número de *selves*, dos quais se podem destacar: o self material, constituindo uma extensão do próprio sujeito, referente a ele, á família e suas posses, o self social; que inclui aquilo que os outros pensam do próprio sujeito, e o self espiritual, que inclui os desejos e as emoções individuais.

Segundo Harter (1999), os termos auto-representação, autopercepção e auto descrição podem ser usados como sinónimos, referindo-se aos tributos e características que cada indivíduo usa para se descrever através da linguagem verbal. Também Vaz Serra (1986), defende a existência de três tipos de auto percepções distintas: as auto percepções reais, ou seja, a forma como a pessoa se avalia e tal como é na realidade; as auto percepções ideais, o que a pessoa sente que deveria ou gostaria de ser, e as auto percepções desejadas, que representam aquilo que uma pessoa aspira. Por sua vez, Rogers (1951), afirma que as auto percepções de um indivíduo inclui somente as características sobre as quais o indivíduo pensa poder exercer controlo. Assim,

compreende-se que a terminologia das autopercepções seja designada prolixa: auto-estima, auto-imagem, auto-avaliações, auto-conhecimento, autopercepções, auto-eficácia, etc.

Para Shavelson, Hubner e Staton (1976), as autopercepções são as percepções que cada indivíduo faz do envolvimento que o rodeia, através das suas experiências e interpretações. Afirmam que não constitui uma identidade da pessoa, mas um constructo hipotético, potencialmente útil na explicação e predição do modo como o indivíduo age, tal como Fox (1999,2000), quando o considera como um constructo multidimensional onde são incluídas as percepções á nível literário, social, emocional, físico e funcional.

2.5.1. Autoconceito

Na literatura encontrada este conceito surge numa sobreposição quanto aos termos utilizados para descrever a percepção própria do “Eu”, como autoconceito, autoconfiança, autoestima, autoimagem (Gallahue, 1989). Torna-se assim difícil apresentar uma definição conceptual universalmente aceita, mas no entanto, existe uma certa concordância em torno de sua definição geral, como sendo a percepção que o indivíduo tem de si mesmo (Byrne, 1984).

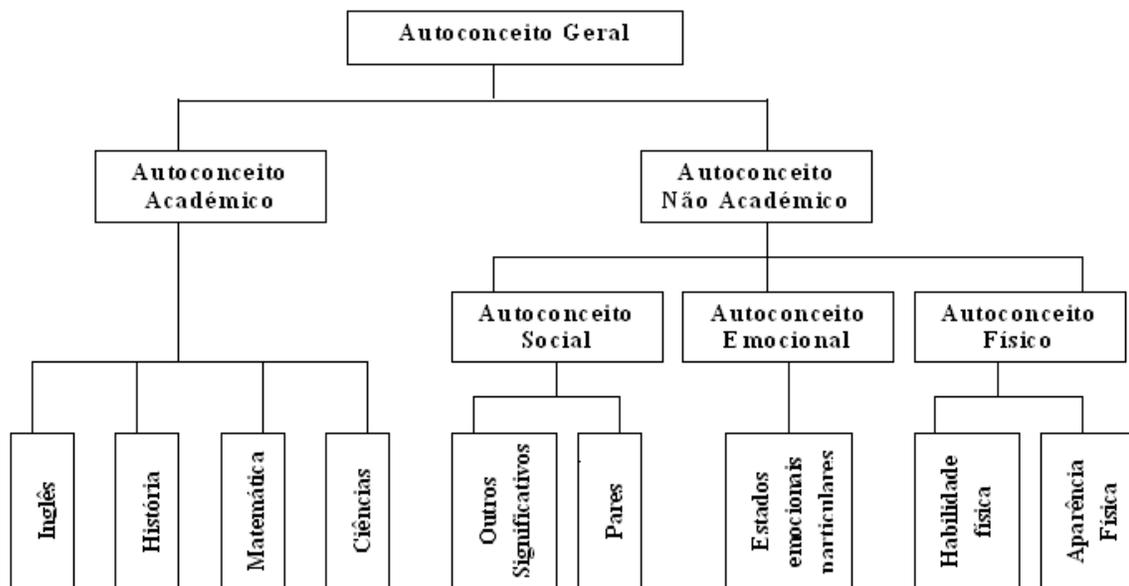
Segundo Burns (1986) o autoconceito é composto por imagens a cerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós, e também de como gostaríamos de ser. Para este autor, o autoconceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamentos. Isto leva a que o autoconceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa.

Em relação à multidimensionalidade do autoconceito (ou das autopercepções), vários foram os modelos multidimensionais inculcados nos últimos tempos, no entanto, o modelo apresentado por Shavelson, Huhner e Stanton (1976) foi o que conquistou maior suporte empírico. Este serviu de base para a concepção de vários instrumentos das autopercepções na investigação de contextos desportivos, sendo considerado por vários autores como responsável, em parte, pelo ressurgimento da investigação em torno das

autopercepções (Fox, 1988; Marsh e tal, 1994, 1996, Sonstroem, 1984). Este modelo referencia que as múltiplas facetas que constituem o autoconceito são dirigidas por uma estrutura hierárquica na qual o topo é constituído pelo autoconceito geral submetido a representações do “Eu”, de natureza avaliativa e discriminativa, subdividindo-se em dois domínios, considerados como uma representação dos efeitos combinados de percepções de um nível inferior da hierarquia, uma série de subdomínios de maior especificidade:

- Autoconceito Académico: divide-se em diferentes disciplinas e saberes, que por sua vez se subdividem em áreas específicas de cada matéria, como é o caso da língua materna, história, ciências e matemática.
- Autoconceito Não-académico: divide-se em três áreas: autoconceito social (subdividido em áreas específicas que variam segundo as pessoas significativas para o indivíduo), autoconceito emocional (relacionado com os estados emocionais particulares do indivíduo) e autoconceito Físico (relacionado com a capacidade e aparência física) (Shavelson et al, 1976). Cada domínio é considerado como uma representação dos efeitos combinados de percepções de um nível inferior da hierarquia, numa série de subdomínio de maior especificidade. Segundo Coelho (2004) a medida que desce hierarquicamente, encontra-se a avaliação do comportamento e atributos em situações cada vez mais específicas e diferenciadas, autónomas em si.

Figura 2 – Modelo Hierárquico Multidimensional, adaptado de Shavelson e colaboradores (1976)



Segundo Shavelson e tal. (1976), o autoconceito global (ou autopercepções) pode ser definido por sete características principais:

- a-) Organizado e Estruturado;
- b-) Multidimensional;
- c-) Hierárquico com percepções do comportamento pessoal em situações específicas na base da hierarquia, comportando inferências a cerca do “Eu” em diferentes domínios;
- d-) Estável no vértice da hierarquia e cada vez mais instável a medida que descemos na mesma;
- e-) Multidimensional crescente quanto a idade;
- f-) Avaliativo e descritivo, em cada indivíduo pode dar a importância e pesos distintos a dimensões específicas;
- g-) Por último, diferenciado relativamente a outros constructos;

Apesar desta enorme multidimensionalidade das autopercepções, o presente estudo vai incidir especificamente nas autopercepções no domínio físico.

2.5.2 Autoconceito Físico

O autoconceito físico, ou a forma como o indivíduo se percebe os seus atributos físicos e as suas capacidades, tem vindo a acentuar-se como um elemento fundamental na identidade e na autoestima do indivíduo. Em 1998, Marsh refere que o “Eu” físico é composto por vários aspectos do âmbito da aparência e da competência física. O autoconceito físico é mais que um domínio do “Eu”, torna-se no “Eu” público uma vez que age como face visível e audível entre nos próprios e o mundo (Harter 1996, cit in: Carless e Fox, 2003).

Segundo Fox (1998) o corpo é entendido como o principal veículo de comunicação social sendo utilizado para expressar sexualidade e estatutos, atingindo um significado crítico na autoavaliação global. O corpo apresenta-se como um “cartão de visita” do indivíduo para o meio envolvente/sociedade, através da sua aparência, habilidades e atributos. Ou seja, o modo como nos sentimos com a nossa imagem pública pode determinar e reflectir como nos sentimos connosco próprios em geral que o que se

traduz numa forte correlação entre autoconceito físico e autoestima global no decorrer da nossa vida.

Já Vaz e Serra (1986), referem que o autoconceito físico pode ser entendido como o conjunto de percepções e avaliações que o indivíduo pensa possuir na execução de tarefas motoras e de aparência física e aptidão física, sendo o feedback que é atribuído ao indivíduo sobre o autoconceito físico muito importante visto poder criar nele medo de ser avaliado.

2.5.3. Autoestima

Assim como a maioria dos conceitos, para a autoestima também há um leque bastante diversificado de definições. Segundo Burns (1979) a autoestima é um processo onde cada indivíduo examina a sua performance, capacidades e atributos de acordo com seus padrões e valores pessoais, que têm sido interiorizados pela sociedade e outros significativos.

Parece ser consensual que as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física podem alterar a autoestima corporal que cada indivíduo possui, por isso promove e aumenta o Autoconceito (Haywood, 1993). Os resultados de várias investigações sugerem claramente que uma autoestima mais positiva e níveis mais elevados de autoconceito estão associados com níveis mais elevados de aptidão física, nomeadamente em termos de força física e gordura corporal. (citado por Faustino, 1994).

Coopersmith (1967) define a autoestima como a avaliação que o indivíduo mantém de si mesmo, exprime a atitude de aprovação e indica até que ponto o indivíduo acredita ser competente, significativo, bem sucedido e responsável.

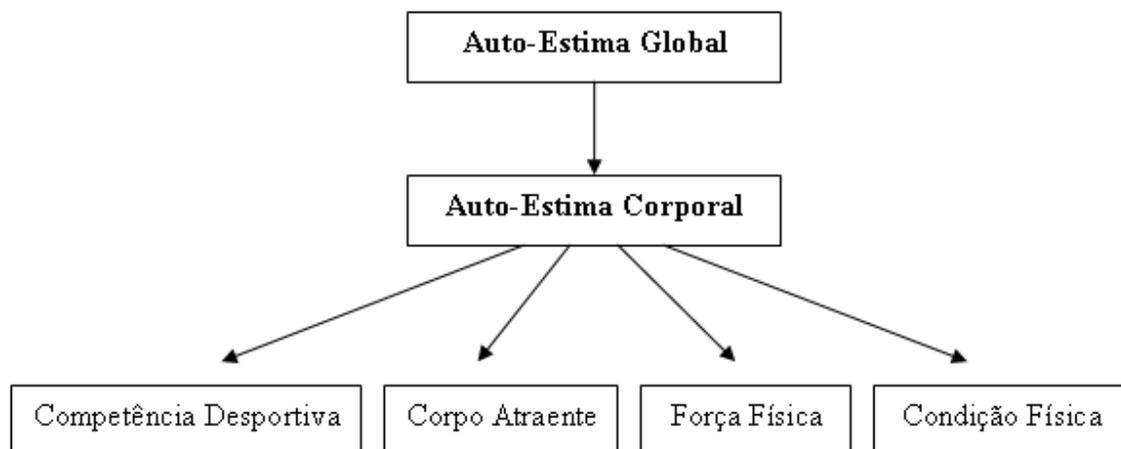
Já Serra (1986) refere que a autoestima “consiste no processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca de das suas qualidades e desempenhos”. Será assim a parte afectiva do Autoconceito”, onde a pessoa faz julgamento de si própria e atribui sentimentos de “bom” e de “mau” aos diferentes dados da sua própria identidade. É deste modo “a faceta mais importante do autoconceito”. Ao basear-se na avaliação e julgamento que fazemos das nossas atitudes e dos nossos comportamentos, a Autoestima

apresenta-se como um construto avaliativo global e relativamente estável que corresponde a um sentimento de aprovação geral do que percebemos em nós.

A autoestima é aceite como um indicador de estabilidade emocional e do grau de ajustamento ás exigências da vida (Sonstroem, 1997). Valores elevados de autoestima estão normalmente associados a uma série de características positivas como a independência, liderança, adaptabilidade e resistência ao stress (Wylie, 1989). Já os baixos valores de autoestima estão frequentemente associados a doença mental e desordens como depressão, ansiedade e fobias (Baumeister, 1993).

Segundo o modelo hierárquico da autoestima (Fox e Corbin, 1989) este classifica-se como bastante atractivo, pois sugere um mecanismo passível de ser testado. Os conceitos globais relativamente estáveis estão sujeitos a eventuais modificações que resultam de alterações das autopercepções nos níveis mais baixos, ou seja, os aspectos específicos da vida podem modificar os aspectos globais das percepções.

Fig. 3 – Hipótese dos três níveis de organização hierárquica da auto-estima (adaptado de Fox, 1998, p.237; Fox e Corbin, p.414)



Sendo assim, não podemos esquecer que é a competente avaliativa do autoconceito que nos permite interrogar se gostamos ou não do que somos (ou de uma parte do que somos), e o grau em que isso se dá é a medida da nossa autoestima.

O meio cultural do indivíduo, o sistema de valores dessa cultura e o grau de adopção do indivíduo são factores a serem analisados para entender e estudar a auto

estima do indivíduo, visto que os critérios sobre o qual a autoestima se baseia varia de pessoa para pessoa.

2.5.4. Identidade Atlética

Desde muito cedo que se tenta determinar os factores que influenciam na identidade atlética, focando principalmente a genética. “A genética determina a predisposição para agir, mas os comportamentos específicos não são herdados.” No entanto, a transmissão genética fornece a estrutura, enquanto que as experiências de vida trazem a tona ou reprimem as tendências comportamentais (Singer, 1977). Para este mesmo autor, a personalidade, as influencias, a hereditariedade e o ambiente são os factores que influenciam a nossa personalidade. Com o passar dos anos, em certas situações, os comportamentos tornam-se estabilizados “ e são estes padrões de comportamento usualmente consistentes e previsíveis que tendem a sugerir a personalidade do individuo”, ou seja são estes tipos de comportamento que nos tendem a fornecer a imagem de um desportista. (Singer, 1977).

A necessidade de estabelecer uma identidade única e individualizada, com qual a pessoa se sinta bem, tornou-se a característica fulcral da existência humana, e isso foi transportado também para o desporto.

Cristina Mello (1998) refere que os incentivos, experiências passadas e presentes, emoções, valores, atitudes, interesses e cognições são motivos ou necessidades que influenciam o comportamento do indivíduo, neste caso, desportista.

Alguns autores referem que a identidade atlética pode ser definida como “o grau para o qual o indivíduo se identifica com o papel do atleta” (Líder Darwyn at al, 1993).

Segundo Brandão (2000) a identidade atlética pode ser definida como a força e a exclusividade da identificação do indivíduo com o desporto.

2.5.5. Competência Física Percebida

O conceito da competência foi primeiramente publicado por White (1959), que enfatiza os aspectos motivacionais por parte do indivíduo. A competência percebida é um

constructo que influencia directamente a motivação, a autoavaliação e o desenvolvimento social dos indivíduos (Sherril, 1997). Esta distingue-se de autoconceito, pois é o constructo motivacional que se refere á opinião da criança em ser capaz de desempenhar a tarefa com sucesso (Harter, 1996). O estudo da competência percebida representa a tentativa de descrever a percepção do indivíduo da efectividade da sua adaptação ao meio ambiente. Goudas & tal (1994) salientaram que a percepção de competência física é crucial no contexto da Educação Física, dado que esta influencia positivamente quer na motivação intrínseca, quer na intenção de participar em actividades físicas no futuro. Um dos constructos que parece influenciar, claramente, a percepção de competência, é a experiência desportiva extra-curricular, pelo que quantos mais anos estiverem ligados á pratica desportiva, mais elevados serão os níveis da competência (Goudas, Dermitzaki & Bagiatris, 2001). Contudo, Papaloannou & Theodorakis (1996), destacam que os alunos que se sentirem incompetentes fisicamente para uma dada tarefa/actividade, irão evitar esse contexto que evidencia tal situação e perceberão que não exercem controlo sobre a actividade em questão. A competência percebida pode mudar ao longo do tempo, devido a diferentes factores: ás experiências individuais em tarefas com mestria, ao contexto, ás exigências das situações e ao estágio de desenvolvimento individual. No entanto existe uma forte relação ao longo da vida, entre a auto-eficácia e a performance (Beery & Qest, 1993).

A competência física é definida como as percepções das competências físicas pessoais. Esta é a visão subjectiva das capacidades físicas; de referir que estas percepções podem ou não coincidir com a capacidade real. A competência física percebida considera-se ser o constructo mais global da auto-eficácia (Campos, 2005). Assim o que sentimos em relação á nossa competência física é a nossa aparência e a importância que lhe atribuímos determinam a nossa identidade física (Fox, 1997).

Uma das grandes questões colocadas no domínio da percepção da competência, era determinar se existem diferenças entre o sexo masculino e feminino. Para isso, Lee, Fredenburg, Belcher & Cleveland (1999), refere, que numa perspectiva generalista, os rapazes tendem consistentemente a demonstrar níveis mais elevados de percepção de competência. Contudo, é necessário ter em atenção que este facto não se verifica em todas as modalidades, sugerindo existir modalidades ditas para raparigas e modalidades

para rapazes. Aponta-se desta forma que este tipo de estereótipos incute a opinião dos indivíduos acerca da sua competência, podendo limitar o empenho e persistência em actividades que não consideradas “apropriadas socialmente” para o seu sexo.

Goudas & Biddle (1994) delimitaram a importância da percepção da competência como um constructo crucial na predição da motivação auto-determinada. De outra forma, os resultados também permitiram definir uma relação negativa entre a percepção de competência e a motivação, pelo que quando os indivíduos percebem numa visão social, uma ausência de competência num dado domínio, poderão subir os seus níveis de amotivação, originando, o abandono da prática desportiva como forma de minimizar essa exposição social e insatisfação com a prestação motora. Este facto já tinha sido considerado por Vallerand & al. (1987), em que as percepções de competência seriam uma das causas para o abandono desportivo, dadas as consequências negativas deste tipo de percepções.

Embora muitas conclusões não possam ser levadas em consideração devido a fragilidade metodológica dos estudos realizados, os dados parecem sustentar o modelo de desenvolvimento multidimensional da competência conforme descrito por Masten e al. (1995). Um modelo dinâmico que, ao mesmo tempo em que reconhece a existência de diferentes dimensões da competência, apresenta relações diversificadas entre as suas dimensões bem como formas distintas de manifestação nas fases de desenvolvimento do indivíduo.

III – Metodologia

A metodologia seguida, baseou-se nos objectivos definidos para o presente estudo, tendo-se em consideração os estudos realizados anteriormente, de modo a criar um estudo mais coerente e fiável.

Neste capítulo pretende-se caracterizar todo o processo de investigação, salientando os procedimentos usados na selecção da amostra, bem como a sua caracterização, descrição dos instrumentos necessários na recolha de dados e sucessivos procedimentos de aplicação, tratamento e análise de dados.

3.1 Caracterização do estudo

O estudo efectuado classifica-se como um método de investigação quantitativo, que tem como principal finalidade descrever variáveis e examinar as relações existentes entre elas, tendo por base a definição de Fortin (1999) em que esta abordagem é um processo sistemático de colheita de dados e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, e seguindo uma abordagem quantitativa, o estudo caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, comparativo e correlacional, uma vez que pretende fornecer uma descrição dos dados relativos as variáveis em estudo e as relações existentes entre elas, bem como examinar a associação de uma variável com outras variáveis.

3.2 Procedimentos da selecção da Amostra

A escolha da amostra deve ser ponderada conforme vários critérios, segundo Quivy & Campenhout (1992), dentro das normas mais importantes encontra-se a margem de manobra dos investigadores, os prazos, os recursos de que dispõe, os contactos e as informações que pretende.

A amostra a estudar é composta por atletas do nível recreativo como também competitivo. Os elementos da amostra são do género masculino e feminino, sem restrição da idade e do espaço geográfico.

Para a obtenção da amostra foram contactados várias instituições e equipas desportivas que trabalhavam com esse tipo de população.

Os parâmetros de selecção basearam-se:

- Na presença da deficiência motora;
- Na pratica desportiva dos indivíduos (uma ou mais vezes por semana)

3.3 Caracterização da amostra

O presente estudo baseou-se numa amostra de trinta e cinco indivíduos (N=35). Dos quais 17 são do género feminino e 18 do género masculino. As suas idades variaram entre os 14 e 54 anos, sendo a média de idades 32,58, e o desvio padrão de 8,97.

A amostra foi obtida por método de conveniência, ou seja por pessoas que integravam os critérios de selecção e passíveis de integrar a amostra, sendo composta por um conjunto de indivíduos que se mostraram disponíveis e interessados em participar do estudo. A recolha foi efectuada na zona de Leiria, no centro do País.

3.4. Instrumentos de Avaliação

Para esta investigação foram necessários vários testes e escalas, de modo a conseguir definir o nível de auto percepção geral da população em causa. Assim, de modo a determinar as auto percepções no domínio físico, seguiu-se o modelo do PSPP na sua versão portuguesa contudo, importa salientar que, apesar deste teste ter sido utilizado na obtenção de dados, os erros verificados (questionários mal preenchidos e incoerências nas respostas) inviabilizaram o tratamento de dados e possíveis conclusões.

No que concerne Á Auto estima foi usada a escala Rosenberg Self-Esteem Scale (1965), adaptado por Ferreira, J.P. (2001), enquanto que a competência física percebida, baseou-se no *Physical Self-Efficacy Scale* (PSES; Ryckman, Robbins, Thornton &

Cantrell, 1982); sub escala *Perceived Physical Ability* (PPA, PSES; Ryckman, Robbins, Thornton & Cantrell, 1982), traduzido e adaptado por Ferreira, J.P., Campos, M.J. (2007). Os instrumentos foram utilizados sob a forma de questionários, juntamente com um formulário de caracterização do inquirido.

3.4.1. Ficha de Caracterização Individual

A aplicação desta ficha de caracterização individual foi imprescindível para obtenção de informações que permitissem um conhecimento mais preciso da população em estudo, bem como obter algumas variáveis pertinentes na investigação. Esta ficha facultava-nos dados importantes e pertinentes para a caracterização da amostra no que se refere aos:

- Dados biográficos: nome, idade, data de nascimento, género, estado civil, profissão/actividade, estado de saúde (presença ou ausência de doença / doença actuais);
- Dados relativos à prática desportiva: historial da prática (praticante ou não de actividade física), modalidade praticada, frequência semanal, nível de competição;
- Dados complementares: local e data de recolha da informação.

3.4.2. Instrumento de Avaliação Auto Estima

- **Self-Esteem Scale (1965)**

Segundo Abrantes (1998), com o surgimento da perspectiva multidimensional, surgiram diferentes escalas para avaliar as percepções de cada dimensão da Auto estima geral, bem como a inter relação entre as diferentes dimensões da Autoestima.

Este instrumento foi adaptado por Ferreira, J.P., (2001), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, a partir da escala referida, da autoria de Morris Rosenberg (1965).

A escala Rosenberg Self-Esteem (RSE; Rosenberg, 1965) é uma tentativa de alcançar uma medida unidimensional para Autoestima global. Foi concebida para ser uma escala Gutman, a qual significa que os itens da RSE foram para representar um contínuo das declarações da auto valorização alcançado aquelas declarações que são endossadas mesmo pelos indivíduos com baixa auto estima até declarações que são endossadas à apenas pessoas com alta Autoestima.

O teste de Rosenberg (1965) é uma escala de dez questões que apresenta quatro respostas de escolha, numa extensão entre o “Concordo Totalmente” e o “Discordo Totalmente”. Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta (1 – Concordo Completamente, 2 – Concordo, 3 – Discordo, 4 – Discordo Completamente).

Os itens 2, 5, 6, 8 e 9 (sub escala de auto confiança) a pontuação diz respeito à: Concordo Completamente (4 pontos), Concordo (3 pontos), Discordo (2 pontos) e Discordo Completamente (1 ponto), tais itens foram reconvertidos estatisticamente por tratar-se de itens negativos.

Os itens 1, 3, 4, 5, 7 e 10 são da subescala da autodepreciação, a pontuação é: Concordo Completamente (1 ponto), Concordo (2 pontos), Discordo (3 pontos) e Discordo Completamente (4 pontos).

O valor relativo à Autoestima global é calculado nesta escala, procedendo a soma dos valores obtidos em cada um dos seus itens, variando o valor total entre 10 e 40 pontos, sendo 10 o valor de autoestima mais elevado. Vale ressaltar que quanto mais alto for o valor da pontuação, mais elevado será o nível de Autoestima global de cada indivíduo e vice-versa. A escolha da utilização destes instrumentos ficou a dever-se à sua facilidade de aplicação e ao facto de já ter sido utilizada em estudos anteriores com a população portuguesa (Brochado, 1999); Margato (2004).

3.4.3. Instrumento de Avaliação da Identidade Atlética (AIMS)

- **Athletic Identity Measurement Scale – AIMS**

O Atlético Identidade Medição Scale (AIMS) (Brewer & Cornélio, 2001) foi utilizada para avaliar a identidade atlética. Os objectivos consiste de 7 itens que se destinam a reflectir a situação social, cognitivo, afectivo e componentes de identidade

atletica. Os itens incluem declarações, tais como, "Eu tenho muitas metas relacionadas com o desporto," e, "O desporto é a parte mais importante da minha vida." As respostas são dadas numa escala de 1 (discordo fortemente) a 7 (concordo fortemente). Os objectivos são coerentes internamente (alfa = ,81), e visa aumentar a pontuação nível de envolvimento atlético (Brewer & Cornélio, 2001).

3.4.4. Instrumento de Avaliação da Competência Física Percebida

- **Perceived Physical Ability – PPA**

Este instrumento foi traduzido e adaptado por Ferreira, J. P., Campos, M. J. (2007), Laboratório de Psicologia do Desporto e do Exercício, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra. Este teste, classifica-se como uma sub escala da Physical Self-Efficacy Scale (PSES; Ryckman, Robbins, Thornton & Cantrell, 1982).

A sub escala Perceived Physical Ability (PPA) é constituída por dez itens que podem ser somadas para produzir um resultado global com alcance de 10 – 60, com maiores resultados indicando um forte sentido auto-eficácia física, sendo numerada de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Completamente). Vale ressaltar que os itens 6 e 7 foram recodificados visto serem negativos, ao contrário dos restantes.

3.5. Definição e Caracterização das variáveis em estudo

As variáveis em estudo apresentam-se divididas em dois grupos, as independentes e as dependentes.

3.5.1. Variáveis Independentes

- **Grupo etário:** representa o tempo de vida do inquirido. Esta variável, serve para agrupar a amostra em grupos etários, facilitando a análise de dados. Esta, está dividida e três categorias: indivíduos com idade inferior aos de 26 anos, indivíduos dos 27 anos aos 35 anos, e indivíduos com mais de 36 anos.

- **Género:** apresenta em duas categorias, feminino (FEM) e masculino (MASC).
- **Prática Desportiva (modalidade):** considera a modalidade específica que o inquirido realiza.
- **Frequência de Prática Desportiva:** considerada quantificar o número de vezes que o indivíduo pratica a modalidade (s) por semana.
- **Nível Competitivo:** onde se estabelece a distinção entre o nível de prática desportiva de cada indivíduo. Esta variável foi agrupada em 4 categorias: 1- Recreacional, 2 – Regional, 3 – Nacional e 4 – Internacional.

3.5.2. Variáveis Dependentes

- **Identidade Atlética:**
- **Competência Física Percebida:**
- **Auto Estima:** subdividido em três escalas: autoconfiança, autodepreciação e autoestima global

3.6. Procedimentos de Aplicação do Instrumento

A aplicação dos questionários ocorreu durante os meses de Fevereiro a Maio do presente ano de 2008. Os instrumentos foram aplicados no Centro Desportivo da Macieira Leiria. Ao abordar os indivíduos pertencentes à amostra era-lhes explicado o âmbito e objectivos do questionário e solicitada a sua participação voluntaria, referindo que o questionário era anónimo e confidencial e que seriam apenas utilizados para fins científicos. Durante o processo de aplicação do instrumento foram esclarecidas as dúvidas surgidas decorrentes de seu preenchimento.

3.7. Procedimentos de Análise e Tratamento dos Dados

Os dados recolhidos através da aplicação dos quatro questionários e da ficha de caracterização individual foram tratados em computador através da utilização de um programa software informático apropriado para o efeito, o programa SPSS 16.0 para o Windows versão Copyright 2003 © SPSS, Inc.

Foi realizado estatística descritiva, recorrendo à média como medida de tendência central, ao desvio padrão como medida de dispersão e às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais. Relativamente à estatística inferencial, utilizou-se análises comparativas através da estatística não paramétrica, através dos testes MannWhitney e KruskalWallis.

Para comprovar as nossas hipóteses, utilizámos um nível de significância de $p \leq 0,05$ dado ser o valor convencionado para pesquisas na área das ciências humanas.

Apresentação dos Resultados

IV – Apresentação dos Resultados

O presente capítulo tem como objectivo apresentar os resultados obtidos no âmbito do tratamento estatístico efectuado para a presente investigação, de forma a descrever e analisar as características inerentes à globalidade da amostra em estudo. Em primeiro lugar são apresentados os resultados das variáveis independentes em estudo que foram sujeitas à estatística descritiva (idade, género, modalidade praticada, tempo da prática desportiva, frequência da prática e nível competitivo). Seguidamente, serão apresentados os dados relativos às variáveis dependentes do estudo, ou seja, a identidade atlética, autoestima e a competência física percebida.

4.1. Estatística Descritiva das Variáveis Independentes

A estatística descritiva neste estudo terá por base o cálculo de alguns parâmetros descritivos como a média, o desvio padrão e a frequência das variáveis, com o objectivo de descrever as características globais da amostra.

4.1.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 35 indivíduos com idades compreendidas entre os 14 e 54 anos de idade. A média foi de 32,59 anos e o desvio padrão de

Na tabela 4 estão representadas as frequências e as percentagens da variável género.

Tabela 4 – Tabela relativa à variável género

Género	Frequência	%
Feminino	17	48,57
Masculino	18	51,42
Total	35	100

Da observação da tabela 4, constata-se que a amostra é constituída por (51,42%) – N = 18 indivíduos do sexo masculino e (48,57%) – N = 17 do sexo feminino.

Na tabela 5 encontram-se as frequências e as percentagens da variável estado civil.

Tabela 5 – Tabela relativa à variável estado civil

Estado Civil	Frequência	%
Solteiro	18	51,42
Casado	13	37,14
Outros	04	11,42
Total	35	100

Com relação à tabela 5, pode-se verificar que a maior parte dos indivíduos, 51,42% (N = 18) são solteiros, 37,14% (N = 13) são casados e 11,42% (N = 04) referem-se a outros.

Na tabela 6 encontram-se as frequências e as percentagens da variável doença.

Tabela 6 – Tabela relativa à variável doença

Doença	Frequência	%
Sim	4	11,42
Não	31	88,58
Total	35	100

Com relação à tabela 6, pode-se verificar que a maior parte dos indivíduos, 88,58% (N =31) não são doentes, a outra parte 11,42% (N = 04) apresentam alguma doença.

Na tabela 7, relativa às modalidades praticadas pelos indivíduos da amostra, encontramos as frequências e respectiva percentagem dos vários desportos em causa.

Tabela 7 – Tabela relativa à modalidade desportiva praticada

Doença	Frequência	%
Basquetebol	25	71,42

Natação	07	20,01
Futebol	03	8,57
Total	35	100

Pela observação da tabela 7 verifica-se que a maioria os indivíduos em estudo praticam basquete 71,42% (N = 25), outros praticam natação 20,01% (N = 07), enquanto o restante praticam futebol 8,57% (N = 03).

A tabela 8 corresponde a frequência relativa e percentagem da variável frequência da prática desportiva actual (F.P.D.).

Tabela 8 – Tabela relativa à variável frequência da prática desportiva actual

F.P.D. Actual	Frequência	%
1 vez por semana	1	2,9
2 vezes por semana	13	37,1
3 vezes por semana	5	14,3
4 ou mais vezes por semana	16	45,7
Total	35	100

De acordo com a tabela 8 apresentada acima, 2,9% (N = 01) dos indivíduos com deficiência motora praticam actividade física 01 vez por semana, 35,1% (N = 13) dos indivíduos praticam 02 vezes por semana, 14,3% (N = 05) dos indivíduos praticam actividade física 03 vezes por semana, enquanto 45,7% (N = 16) praticam actividade física 04 ou mais vezes por semana.

A tabela 9 observa-se a frequência relativa e a percentagem da variável nível desportivo.

Tabela 9 – Tabela relativa à variável nível desportivo

Nível Desportivo	Frequência	%
Recreativo	02	5,7
Competição Local	06	17,1
Competição Regional	09	25,7
Competição Nacional	16	45,7
Competição Internacional	02	5,7
Total	35	100

Quanto ao nível desportivo, verifica-se um maior número de atletas (N =16) a nível nacional (45,7%), seguido de 09 atletas praticantes a nível Regional (25,7%), 06 atletas praticam a nível local (17,01%) enquanto que 02 atletas praticam a nível recreativo (5,7%) e, 02 atletas praticam a nível internacional (5,7%).

4.2. Estatística Descritiva das variáveis dependentes

A estatística inferencial e descritiva das variáveis dependentes terá por base o cálculo de alguns parâmetros descritivos, por forma a compreender os resultados relativos às variáveis Autoconfiança, auto depreciação, autoestima total, identidade atlética e competência física.

Na tabela 10 são explanadas as médias e desvios padrão relativos às variáveis dependentes (autoconfiança, auto depreciação, autoestima, identidade atlética e competência física).

Tabela 10 – Variáveis Dependentes

Variáveis	Máximo	Mínimo	Média (M)	Desvio Padrão (Sd)
Autoconfiança	20	05	10,74	2,737
Auto depreciação	17	05	10,40	2,912
Auto Estima global	27	15	21,14	2,982
Identidade Atlética	66	10	43,66	13,072
Competência Física	42	20	34,51	5,485

Em termos gerais e relativamente às variáveis dependentes, destaca-se a média obtida na variável identidade atlética (M = 43,66; Sd = 13,072). Com valores menores apresentam-se as variáveis competência física (M = 34,51; Sd = 5,48), auto estima (M = 21,14; Sd = 2,982), auto confiança (M = 10,74; Sd = 2,737) e auto depreciação (M = 10,40; Sd = 2,91).

4.2.1. Estatística inferencial das variáveis dependentes e independentes em estudo

Os dados relativos à estatística descritiva e inferencial das variáveis dependentes são relacionados com as variáveis independentes em estudo.

Os níveis de significância bem como as médias e desvios padrão relativos às variáveis dependentes tendo em vista a variável independente género podem ser visionados nas tabelas abaixo.

Tabela 11 – Estudo Estatístico da Variável Género vs. Variáveis Dependentes

Variáveis	Género	N	M	Mean Rank	Sig. (2~talled)
Auto Estima global	Feminino	17	19,68	19,68	*
	Masculino	18	16,42	16,42	
	Total	35			
Identidade Atléticoa	Feminino	17	17,79	17,79	*
	Masculino	18	18,19	18,19	
	Total	35			
Competência Física	Feminino	17	15,18	15,18	*
	Masculino	18	20,67	20,67	
	Total	35			

*** Não existem diferenças estatisticamente significativas a apontar em nenhuma das escalas**

Quando referimos a variável género em comparação com as variáveis autoestima, identidade atlética e competência física, constata-se que as médias nem sempre são semelhantes, assim como o mean rank dentro de cada escala. Deste modo na variável autoestima, a média e mean rank para o género feminino é 19,68 enquanto que para o género masculino é de 16,42. na variável identidade atlética a média para o género feminino é 17,79 e para o género masculino 18,19; finalizando, a variável competência física tem média de 15,18 para o género feminino e 20,67 para o género masculino.

Tabela 12 – Estudo Estatístico da Variável Grupo etário vs. Variáveis Dependentes

Variáveis	Grupo Etario	N	Mean Rank	Sig. (2~talled)
Auto Estima global	- de 25 anos	6	12,92	*
	26 aos 35 anos	18	20,42	
	+ de 36 anos	11	16,82	
Identidade Atléticoa	- de 25 anos	6	16,83	*
	26 aos 35 anos	18	16,42	
	+ de 36 anos	11	21,23	
Competência Física	- de 25 anos	6	14,58	*
	26 aos 35 anos	18	17,33	
	+ de 36 anos	11	20,95	

*** Não existem diferenças estatisticamente significativas a apontar em nenhuma das escalas**

Observando a tabela 12, verifica-se que a autoestima é mais elevada nos inquiridos que apresentam uma faixa etária entre os 26 e os 35 anos, com valor de 20,42, seguidos dos inquiridos com idade superior aos 36 anos de idade (16,82), e com o menor valor, os inquiridos com menos de 25 anos de idade.

Com relação à variável identidade atlética verifica-se que o valor mais elevado são dos inquiridos com faixa etária superior aos 36 anos (21,23), seguidos dos inquiridos com menos de 25 anos de idade (16,83), e por aqueles inquiridos com faixa etária dentre os 26 e os 35 anos.

E diante dos dados relativos à competência física verifica-se um valor mais elevado no grupo referente aos inquiridos com idade superior aos 36 anos (20,95), seguido dos inquiridos com idade entre os 26 e 35 anos de idade (17,33), e com o menor valor, os inquiridos com idade inferior aos 25 anos de idade (14,58).

Tabela 13 – Tabela relativa à variável frequência desportiva vs. Variáveis dependentes

Variáveis	Frequência Desportiva	N	Mean Rank	Asymp Sig
AE autoconfiança	1 vez	01	1,00	0,013
	2 vezes	13	12,85	
	3 vezes	05	25,40	
	4 ou mais	16	20,94	
	Total	35		
AE depreciação	1 vez	01	34,00	*
	2 vezes	13	15,85	
	3 vezes	05	10,60	
	4 ou mais	16	21,06	
	Total	35		
Auto Estima Global	1 vez	01	24,00	*
	2 vezes	13	12,69	
	3 vezes	05	22,00	
	4 ou mais	16	20,69	
	Total	35		
Identidade Atlética	1 vez	01	10,50	*
	2 vezes	13	19,12	
	3 vezes	05	9,40	
	4 ou mais	16	20,25	
	Total	35		
Competência Física	1 vez	01	22,00	*
	2 vezes	13	21,92	
	3 vezes	05	9,10	
	4 ou mais	16	17,34	
	Total	35		

Observando a tabela 13, verifica-se que a AE autoconfiança é mais elevada nos inquiridos que praticam 3 vezes por semana, com o valor de (25,40), seguidos que praticam 4 ou mais vezes por semana (20,94), os que praticam 2 vezes por semana (12,85) e com menor pontuação os que praticam 1 vez por semana, com o valor de (1,00). Nesta escala existe valores distantes um dos outros, por essa razão existe uma diferença estatisticamente significativa de 0,013.

Relativamente á AEdepreciação verifica-se que é mais elevada nos inquiridos que praticam 1 vez por semana, com o valor de (34,00), seguidos que praticam 4 ou mais

vezes por semana (21,06), os que praticam 2 vezes por semana (15,85) e com menor pontuação os que praticam 3 vezes por semana, com o valor de (10,60).

Em relação à autoestima global é mais elevada nos inquiridos que praticam actividade física 1 vez por semana, com valor de 24,00, seguidos dos que praticam actividade física três vezes por semana (22,00), os que praticam actividade física quatro ou mais vezes por semana tem o valor de 20,69 e, com menor pontuação encontram-se aqueles que praticam actividade física duas vezes por semana (12,69).

Com relação à variável identidade atlética verifica-se valor mais elevado àqueles indivíduos que praticam actividade física quatro ou mais vezes por semana (20,25), seguidos pelos que praticam duas vezes por semana (19,12), uma vez na semana (10,50) e finalmente, por aqueles que praticam três vezes na semana (9,40). Diante dos dados relativos à competência física verifica-se um valor mais elevado no grupo referente aos inquiridos que praticam actividade física uma vez por semana (22,00), seguido dos que praticam duas vezes na semana (15,35), quatro ou mais vezes na semana (17,34) e por final três vezes na semana (9,10).

Tabela 14 – Tabela relativa à variável nível desportivo vs. Variáveis dependentes

Variáveis	Nível Desportivo	N	Mean Rank	Sig. (2~talled)
Auto Estima	Recreacional	02	19,00	*
	Local	06	17,67	
	Regional	09	21,11	
	Nacional	16	16,75	
	Internacional	02	14,00	
	Total	35		
Identidade Atlética	Recreacional	02	13,50	*
	Local	06	21,92	
	Regional	09	17,17	
	Nacional	16	16,00	
	Internacional	02	30,50	
	Total	35		
Competência Física	Recreacional	02	24,75	*
	Local	06	15,58	
	Regional	09	17,67	
	Nacional	16	16,31	
	Internacional	02	33,50	
	Total	35		

* Não existem diferenças estatisticamente significativas a apontar em nenhuma das escalas

Como podemos observar, tendo em conta os níveis de competição, os inquiridos que competem a nível regional apresentam valores mais elevados (21,11), no que concerne à auto estima, aqueles que competem a nível recreacional apresentam valores de 19,00; seguidos dos que praticam a nível local (17,67), nível nacional (16,75) e finalmente a nível internacional apresentando os menores valores (14,00). Relativamente à identidade atlética nota-se que os maiores valores pertencem aos indivíduos que praticam actividade física a nível internacional (30,50), em seguida vem os indivíduos que competem a nível local (21,92), com 17,17 estão os indivíduos que competem a nível regional, com 16,00 encontram-se aqueles que competem a nível nacional e, com menor valor estão os que competem a nível recreacional (13,50).

Em relação à competência física encontram-se os maiores valores a nível internacional (33,50), nível recreacional (24,75), nível regional (17,67), nível nacional (16,31) e nível local (15,58), em termos médios e comparativos.

Tabela 15 – Tabela de correlações das variáveis dependentes

		Aconfiança	Adepreciação	AEstimatotal	IDENTIDADE DE ATLÉTICA	COMPETÊNCIA FÍSICA
Aconfiança	Pearson Correlation		-,444(**)	,484(**)	-,485(**)	-,547(**)
	Sig. (2-tailed)		,008	,003	,003	,001
	N		35	35	35	35
Adepreciação	Pearson Correlation			,569(**)	,165	,164
	Sig. (2-tailed)			,000	,343	,348
	N			35	35	35
AEstimatotal	Pearson Correlation				-,284	-,343(*)
	Sig. (2-tailed)				,098	,044
	N				35	35
IDENTIDADE ATLÉTICA	Pearson Correlation					,550(**)
	Sig. (2-tailed)					,001
	N					35
COMPETÊNCIA FÍSICA	Pearson Correlation					
	Sig. (2-tailed)					
	N					

Como podemos observar, na tabela 15, tendo em conta as correlações entre as variáveis dependentes, a AEconfiança, AEdepreciação, a Auto estima total, Identidade atlética, e a Competência Física estão intimamente interligada as diferentes variáveis.

Observamos correlações positivas entre ambas as subescalas da autoestima (autoconfiança e autodepreciação) com a autoestima, entre a autodepreciação e as outras escalas (identidade atlética e competência física) e entre a identidade atlética e a competência física.

Existem correlações negativas entre ambas as subescalas da autoestima: autoconfiança e autodepreciação e entre a autoconfiança e a identidade atlética e a competência física e entre a autoestima global e as restantes escalas (identidade atlética e competência física).

Discussão dos Resultados

V – Discussão dos Resultados

No presente capítulo iremos proceder a discussão dos resultados apresentados anteriormente, com o objectivo de contribuir para uma melhor compreensão do seu significado, no contexto da revisão de literatura analisada. Esta investigação surgiu no âmbito da tentativa de melhorar e aprofundar a área e temática em causa, pois através dos resultados poderão criar-se estratégias para a avaliação e intervenção frente aos indivíduos com deficiência motora.

Com base nos resultados obtidos, através da análise descritiva das variáveis, verificamos que dos 35 indivíduos do presente estudo, 17 são do género feminino e 18 são do género masculino, com faixa etária compreendida entre os 14 e 54 anos de idade, tendo uma média de idade de 32,58 anos e desvio padrão de 8,97. Quanto ao estado civil, os inquiridos são na sua maioria solteiros, o que pressupõe a dificuldade encontrada em estabelecer relações pessoais e/ou conjugais.

Quanto à modalidade, existem indivíduos que praticam basquetebol, natação e futebol, no entanto a modalidade mais praticada nesta amostra é o basquete.

Relativamente à frequência desportiva, os inquiridos praticam de uma vez a quatro vezes por semana, e existem mais indivíduos a praticar actividades duas vezes na semana, e a maioria dos inquiridos participam em provas de nível nacional (N = 16). Nesta escala existe valores distantes um dos outros, por essa razão existe uma diferença estatisticamente significativa de 0,013

Relativamente à faixa etária, os indivíduos com idade superior aos 36 anos de idade apresentaram maiores valores tanto na identidade atlética quanto na competência física, já na autoestima, os maiores resultados foram dos indivíduos com faixa etária entre os 26 anos e 35 anos de idade, não comprovando assim as hipóteses formuladas inicialmente, onde se contestava que os indivíduos com idades inferior aos 25 anos de idade apresentariam maiores valores, tanto na autoestima global, na identidade atlética e na competência física.

5.1. Escala de auto estima

Nos últimos tempos, são vários os estudos encontrados sobre os efeitos do género na autoestima (Fox & Corbin, 1989; Marsh, 1989; Oliveira, 2005), onde na generalidade se verificou que as mulheres possuem níveis de Autoestima mais baixo do que os homens.

Em oposição aos autores Rosemberg & Simmons (1975), Fox & Corbin (1989), Fox (1990), Marsh (1989), Marsh (1998), citado por Ferreira (2002) e Oliveira (2005), sobre os efeitos do género diante da auto estima verificou-se contrariamente as hipóteses formuladas inicialmente que as mulheres possuem níveis de auto estima mais elevados (19,68) que os homens (16,42), em termos médios, uma vez que não houve diferenças estatisticamente significativas.

Alguns outros autores como (Hayes, Crocker & Kowalski, 1999; citado por Oliveira, 2005), referem que um aspecto importante a ter em consideração no estudo da auto estima total são a diferença entre géneros, no entanto, Schwalbe & Staples (1991), citado por Oliveira (2005), argumentaram que as diferenças devem ser expectadas por várias razões. Deste modo, Fredenburg, Belcher & Cleveland (1999), relatam que é necessário ter em atenção, sugerindo existir modalidades ditas para raparigas e modalidades para rapazes, susceptíveis de mudar as percepções de cada um.

A escala de auto estima é dividida em três subescalas, sendo elas escala de auto confiança, escala autodepreciativa e escala de auto estima total, relativamente as escalas, tem como objectivo a tentativa de atingir uma medida unidimensional de auto estima global.

Comparando entre o género dos sujeitos verificamos que a escala auto depreciativa, a escala da auto estima total e a escala de auto confiança é superior nas mulheres. Ferreira (2007) refere que o exercício e toda prática desportiva regular exercem um impacto na vida de seus praticantes, onde pressupõe-se que quanto maior for a frequência de actividade física maior será a auto estima do indivíduo, mas segundo os resultados deste estudo, a frequência desportiva recreacional de uma vez por semana faz com que os inquiridos adquiram uma maior auto estima.

Na contextualização referente a faixa etária, os indivíduos com idades entre os 26 anos e 35 anos, apresentaram valores mais altos na variável dependente em questão. Segundo Bandura (1986) a auto estima é também influenciada pelas informações que obtêm das experiências actuais, comparações com um modelo, persuasão verbal dos outros e estado psicológico. Assim, independentemente da idade e das alterações fisiológicas, um indivíduo que se sinta com capacidades e encare com naturalidade as mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida, mantém ou até aumenta os níveis de autoestima (citado por Lopes, 1996). Sendo assim, através da análise dos dados obtidos é compreensível entender que os indivíduos com idades superiores aos 25 anos têm um amadurecimento cognitivo maior que os permite afrontar as dificuldades encontradas no decorrer da vida de maneira mais natural, permitindo assim, níveis de autoestima superior aos de idade inferior aos 25 anos.

5.2. Escala de identidade atlética

Alguns autores referem que a identidade atlética pode ser definida como “como o grau para o qual o indivíduo se identifica com papel de atleta” (líder Darwyn at al, 1993).

A escala de identidade atlética tem de identificar o grau de identidade atlética do indivíduo em estudo.

Embora seja apenas uma diferença não significativa estatisticamente, comparando entre o género dos sujeitos, verificamos que os homens (18,19) apresentam uma identidade atlética superior às mulheres (17,79). Nenhum dos autores referido na revisão de literatura faz a alusão à diferença de identidade atlética tendo como comparação o género.

Assim como na autoestima, a valorização da identidade atlética esta interligada à muitos factores, inclusivamente o psicológico. Segundo Singer (1977), a personalidade, as influencias, a hereditariedade e o ambiente são os factores que influenciam a nossa personalidade. Com o passar dos anos, em certas situações, os comportamentos tornam-se estabilizados “e são estes padrões de comportamento usualmente consistentes e previsíveis que tendem a sugerir a personalidade do indivíduo”. Também Cristina Melo (1998) refere que os incentivos, experiências passadas e presentes, emoções, valores,

atitudes, interesses e cognições são motivos ou necessidade que influenciam o comportamento do indivíduo.

Relativamente aos dados obtidos da variável dependente faixa etária, os indivíduos com idades superiores aos 36 anos apresentaram os maiores valores, contradizendo assim as hipóteses inicialmente formuladas. Considero que, assim como a autoestima o factor psicológico esta eminentemente ligada á valorização ou “desvalorização”do seu próprio “eu”. A valorização desse contexto facilita assim a sobreposição das muitas dificuldades encontradas no cotidiano dos indivíduos com deficiência motora.

5.3. Escala de competência física

No que concerne o nível da competência física percebida, é o sexo masculino que apresenta valores mais elevados ($M=20,67$), em termos médios. Neste ponto concorda-se com os autores Fredenburg, Belcher & Cleveland (1999), que referem numa perspectiva generalista, que os rapazes tendem consistentemente a demonstrar níveis mais elevados de percepção das competências físicas. O número aproximado de homens e mulheres faz com que a presente análise seja ainda mais conclusiva.

Relativamente aos dados obtidos na variável dependente faixa etária, os indivíduos com idade superior aos 36 anos foram os que apresentaram maiores valores. Segundo Alfermann & Stoll (2000), o exercício físico tem um papel preponderante na melhoria das capacidades psicomotoras e psicossociais da pessoa com condição de deficiência, sendo essas observadas melhorias nas variáveis psicológicas, tais como a promoção das autopercepções no domínio físico. Considero que com o passar dos anos os indivíduos com deficiência praticantes de actividade física se percebem de melhor forma, sendo assim justificável os resultados obtidos onde ostentam que os indivíduos mais velhos apresentam uma competência física maior do que os mais novos.

Considero que com o presente estudo foi notório os benefícios da prática da actividade física nos indivíduos com deficiência motora e que o factor psicológico está intimamente relacionado com o bem estar do individuo, sendo assim penso importante

ênfatizar a prática da actividade física, afim de que os indivíduos possam minimizar os efeitos das dificuldades encontrada no seu cotidiano.

Conclusões, Limitações e Recomendações

VI – Conclusões, Limitações e Recomendações

Neste capítulo apresentaremos as conclusões do presente estudo, tendo em conta as suas limitações, bem como algumas recomendações que considere importantes para eventuais estudos futuros.

6.1 Conclusões de carácter descritivo

O presente trabalho apresentou expectativas delineadas que ultrapassaram as barreiras da revisão de literatura e mostraram-se bastante favoráveis ao género feminino, principalmente no que diz respeito a auto estima. As mulheres apresentaram valores superiores aos homens, onde os mesmos puderam apresentar valores maiores, nas duas outras variáveis dependentes, da identidade atlética e competência percebida. È de ressaltar que a diferença dos valores na variável dependente identidade atlética entre os géneros não é estatisticamente significativa.

Relativamente a variável faixa etária, os indivíduos com idade superior aos 25 anos, apresentaram maiores valores, contrariando também a hipótese inicial formulada.

Já em termos da variável frequência desportiva e ao contrário da revisão de literatura, os indivíduos que praticam actividade física uma vez por semana foram os que apresentaram maiores valores na autoestima e na competência física. Na identidade atlética os indivíduos que praticam actividade física 4 vezes por semana foram os que apresentaram maiores valores. È de ressaltar que houve diferença estaticamente significativa na Aconfiança no valor de 0,013.

Ao término do presente estudo é importante ressaltar que houve quase em todas as hipóteses formuladas resultados contrários aos contestados inicialmente.

- No género relativamente á escala da autoestima, o género feminino apresentou valores superiores ao género masculino. Contrariando assim as hipóteses contestadas inicialmente
- No género relativamente á escala da identidade atlética, o género masculino apresentou valores superiores ao género feminino. Confirmando assim as hipóteses contestadas inicialmente.
- No género relativamente á escala da competência física, o género masculino apresentou valores superiores ao género feminino. Confirmando assim as hipóteses contestadas inicialmente.
- Na faixa etária relativamente á escala da autoestima, os indivíduos com idade entre os 26 aos 35 anos foram os que apresentaram os maiores valores. Contrariando assim as hipóteses contestadas inicialmente
- Na faixa etária relativamente á escala da identidade atlética, os indivíduos com idade superior aos 36 anos foram os que apresentaram os maiores valores. Contrariando assim as hipóteses contestadas inicialmente.
- Na faixa etária relativamente á escala de competência física, os indivíduos com idade superior aos 36 anos foram os que apresentaram os maiores valores. Contrariando assim as hipóteses contestadas inicialmente

6.2 Limitações

Considero importante apresentar algumas dificuldades vividas para que em estudos futuros estas possam ser desviadas:

- Apesar do PSPPp ser um instrumento de medida bastante respeitado e reconhecido na avaliação das autopercepções no domínio físico, os inquiridos apresentaram bastante dificuldade em responde-lo correctamente. Por essa razão não foi possível utilizar o inquérito na análise e discussão dos resultados.

- A dificuldade em estabelecer um número sensato de inquéritos, verificou-se a partir do momento em que muitos responsáveis pelas equipas técnicas não devolveram os questionários, limitando assim as variáveis independentes a serem analisadas, tendo que recorrer à estatística não paramétrica.
- O número reduzido de questionário limitou a generalização dos dados de investigação, assim como de validação e fiabilidade.

6.3 Recomendações Futuras

Com o intuito de melhorar as investigações futuras realizadas na área, e baseados nas limitações apresentadas, é proeminente levantar algumas recomendações, de modo que os futuros estudos, possam ser cada vez mais fiáveis. Sendo assim, alguns aspectos são indispensáveis:

- Adopção de uma bateria de testes menos extensa e mais elementar.
- Aplicabilidade da bateria de testes a um maior número de indivíduos, na tentativa de obter resultados mais conclusivos.
- Inclusão de mais variáveis independentes relacionadas com a condição de deficiência tais como factor da deficiência (adquirida ou congénita) e o tempo da lesão, entre outras que poderiam enriquecer o estudo.

Referências Bibliográficas

VII – Referências Bibliográficas

BARROS, M. V. G.; REIS, R. S. (2003) Análise de Dados em Atividade Física e Saúde. 1º edição, 215 p. Londrina-Pr.

Bagatini, V. (1987). Educação física para deficientes. Editora Sagra

Brochado, P. (1999). Estudo comparado do auto conceito físico em indivíduos deficientes motores do sexo masculino sedentário e praticantes de actividade física adaptada FCDEF. Universidade de Coimbra.

Baptista,P.M (2000) Satisfação com a imagem corporal e auto-estima - estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física. Revista Horizonte, 16 (91), 9-15

Bagatini, V. (1987). Educação Física para deficientes. Editora Sagra

Bernardo, R.& Matos, M., (2003). Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes em meio escolar.Revista Portuguesa de Ciências do Desporto: 3 (1): 33-46

Bertoldi, A.S. (2007) *Influência da selectividade de atenção no desenvolvimento da percepção corporal de crianças com deficiência motora* Rev. bras. fisioter. vol.11 nº4 - São Carlos - Julho,Agosto.

Braden, N.I (1992) Auto-estima. 6º ed. Saraiva.

Burns, R.B (1979). The self- concept: Theory, Measurment, development and behaviour. London: Longman

Castro, J.A.M. (1996). O deficiente e o Desporto. Revista Horizonte, XIII (74), 26-30

Coelho, R. ; Katzwinkel, V M.; Keller, B.; Okazaki F. H. A. (2004). Estudo Comparativo entre o nível de auto-estima de atletas e não atletas. Resumo Apresentado em Congresso, Florianópolis.

Corbin, C. & Fox, K. (1987). Composição Corporal – a espada de dois gumes. Revista Horizonte, Vol. IV, Nº 22, Nov/Dez, 136-141

Ferreira, Elvira. (2006). A percepção estética: postura corporal nos trampolins – Elvira Horizonte, Setembro, Outubro, – vol.XXI. nº 125.

Ferreira, J.P. (in press). Desporto Adaptado, um veículo de socialização e de integração da pessoa com deficiência motora. In D. Rodrigues (Ed.) Actividade motora adaptada: A alegria do corpo- S. Paulo; Summus

Ferreira, J. (2007). Principais Benefícios do Exercício

Ferreira J. (1997). A influencia de variáveis biossociais de adaptidão física na evolução do conceito/imagem corporal em jovens entre os 14/16 e 17/19 anos de idade com e sem sucesso escolar, Lisboa: Dissertação de mestrado em desenvolvimento da criança, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

Ferreira, J.P., & Fox (2004).Self- perceptions and exercise in groups with special needs. In: J.P. Ferreira, P.M Gaspar, C.F. Ribeiro, A.M. Teixeira & C. Senra (Eds.), Physical Activity and promotion of mental Health (pp.33-40). Coimbra:FCDEF-UC

Ferreira, J. (2007). Principais Benefícios do Exercício a da Pratica Desportiva Regular em Grupos com Necessidades Especiais. Horizonte, Vol, XXI, nº 126

Fox, K.R (1999). Self- esteem, Self- Perceptions and Exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240

Guisantes, R.C., (2007). Autopercepções no domínio físico, autoestima, identidade atlética e bem estar Subjectivo. Estudo Exploratório em atletas com deficiência. Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

Gorgatti, M.G Costa, R.F (2005). *Actividade Física Adaptada* – Editora Manole

Gobittan. e Guzzo R. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Forma A. *Psicologia Reflexiva Critica*. v.15, no.1, Porto Alegre.

Gravito, N.M., (2007). Auto Estima e Competência Física Percebida no Desporto Adaptado. Estudo Exploratório em atletas com deficiência motora e deficiência intelectual. Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

Mcmullim, J. e Carney, J. (2004). Self-Esteem and intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, v. 18 , p. 75-90.

Okazaki, F. H. A.; KELLER, B.; SILVA J. C. ; Amorim; G. O.; Petrunko; V.A.; COELHO, R. W. (2004) A auto-estima e o tempo de prática no voleibol feminino. *Revista Mineira de Educação Física*, Viçosa-MG: v. 12, n.2, p.349, 2004.1

Okazaki, F. H. A.; Amorim, G. O., Keller, B.; Silva, J. C.; Coelho, R. W. (2004) A relação da auto-estima de atletas de voleibol feminino e o comportamento em grupo. *Revista científica JOPEF*, v.1, 2 ed.

Russel, W. D. (2004). Comparison of Self-Esteem, body satisfaction and social physique anxiety across male of different exercise frequency and racial background. *Journal of Sports Behaviour*, v. 25, n.1, p.74-90.

Samulski, D. M (2002). Psicologia do Esporte. 1º ed. Editora Manole. Barueri.

Martins, F., Santos, R..(2004) Horizonte, Julho, Agosto, -vol.XIX. nº 114.Actividade Física e Lazer, Auto-conceito físico e composição corporal.

Morais, Tania (2006). Estudo das Variáveis Psicológicas em Praticantes de Desporto e Actividade Física. Auto percepções, autoestima, ansiedade físico –social e imagem corporal dos instrutores masculinos de fitness e dos praticantes masculinos de actividade física. Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

-ASBIHP - Associação "Spina Bifida e Hidrocefalia" de Portugal

<http://www.asbihp.pt/index.php/associacao>

-ANDEMOT - Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores

<http://www.anddemot.pt/>