

CAPITULO I – INTRODUÇÃO

É desde à muito tempo reconhecido que o modo como as pessoas se vêem a si próprias e ao seu lugar no mundo – as suas autopercepções – são fundamentais para a explicação dos seus comportamentos.

Parece também evidente que a sociedade actual atribuí uma enorme importância à aparência e competências físicas. Harter (1996) sugere que o autoconceito físico é mais do que um domínio do “Eu” pois funciona como o “Eu” público actuando como a face visível e audível de nós próprios ao mundo alcançando, por isso, uma importância crucial na vida de cada um de nós.

Esta valorização do domínio físico por parte da sociedade tem resultado numa interiorização de atitudes negativas por parte dos indivíduos com deficiência, que se comportam de forma consistente com as expectativas da sociedade, pois encontram com muita frequência dificuldades no desenvolvimento de autopercepções positivas tanto das suas competências físicas como de competências sociais (Frank, 1988; Nixon, 1984; Phillips, 1985, Sherril, 1996, citados por Blinde & McClung, 1997), desenvolvendo assim construções negativas do seu “Eu”.

O impacto do exercício no bem estar mental é uma questão antiga que se tornou mais claramente definida a partir dos anos oitenta. No entanto, o interesse da contribuição do exercício, quer na promoção do bem estar psicológico, quer na prevenção e tratamento de doenças e desordens mentais, tem sido crescente e cada vez mais efectivo (Fox, 2000; Lawlor & Hopker, 2001; Taylor, 2000), adquirindo um interesse adicional a partir do momento em que a Autoestima e os componentes do autoconceito físico tem sido progressivamente valorizados em programas de saúde comunitária, bem como em contextos de natureza clínica e educacional, como importantes indicadores de saúde.

A actividade desportiva assume assim um papel fundamental na vida dos indivíduos com deficiência, reflectindo-se no seu bem estar uma importância ainda maior do que nas pessoas sem deficiência (Guttmann, 1976).

No caso específico dos indivíduos portadores de deficiência motora, foram já comparados os perfis psicológicos de participantes e não participantes de actividades desportivas que utilizam a cadeira de rodas (Campbell & Jones, 1994; Greenwood, Dzewaltowski & French, 1990; Paulsen, French & Sherril, 1990). Os resultados desses estudos demonstram que os indivíduos participantes em actividades desportivas

revelam estados mais positivos de humor (Campbell & Jones, 1994; Greenwood, *et al.*, 1990), maior domínio (Campbell & Jones, 1994) e eficácia superior na realização de tarefas que requerem mobilidade na cadeira de rodas (Greenwood, *et al.*, 1990) do que os não participantes.

O impacto da deficiência física na Imagem Corporal e na Autoestima é também uma área importante de investigação que tem recebido pouca atenção em termos de literatura. Dado o papel fundamental que estes constructos podem desempenhar nas vidas de indivíduos com deficiência, urge a necessidade de uma maior investigação empírica nesta área.

A participação de pessoas com deficiência no desporto e em actividades recreativas oferece então oportunidades a estes indivíduos de melhorar as suas autopercepções no domínio físico, bem como no domínio social (Blinde, 1997). No entanto, é necessário compreender de que forma é que esta relação se processa de modo a poder ser melhorada a intervenção junto desta população, tendo em vista a melhoria do seu bem estar psicológico.

A elaboração desta tese de licenciatura e a necessidade de uma pesquisa intensa da área em estudo que lhe está associada, surge exactamente da ambição de alcançar níveis de conhecimento científico mais elevados que tornem a minha intervenção profissional junto desta população mais fundamentada e consistente. Assim, considero que esta última etapa de um longo percurso académico, materializada neste seminário a realizar no 5ºAno da licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra deve, mais do que um final, ser um início de um direccionar de vontades, motivações e ambições a nível profissional que têm, no meu caso específico, grande incidência nas populações especiais.

Com a elaboração do presente estudo pretendemos analisar o Autoconceito físico, a Autoestima e a Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora, mais especificamente, em praticantes de natação e maratona em cadeira de rodas.

1.1 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

O estudo das autopercepções no domínio físico é ainda uma área de investigação pouco explorada em muitos países europeus, como é o caso de Portugal. No caso específico das populações portadoras de deficiência os estudos no âmbito do desporto e da actividade física adaptada, apesar de escassos, contribuem para aumentar o nível de informação disponível sobre a problemática da deficiência, tornando-se um precioso auxiliar na selecção de estratégias mais adequadas e facilitadoras da sua integração

Parece evidente que o exercício provoca alterações positivas na forma como as pessoas se auto percebem, no entanto, a questão de quais os mecanismos que a provocam e de que forma essa relação se processa continua por responder (Fox, 1997). A tentativa de aferir o modo como o Autoconceito, a Autoestima e a Imagem Corporal variam em indivíduos portadores de deficiência motora poderá, de alguma forma, contribuir na procura dessa resposta.

1.2 DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Pretende-se com o nosso estudo avaliar as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e a Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de natação ou de maratona em cadeira de rodas. Propusemo-nos ainda analisar no presente estudo a influência de outras variáveis, como por exemplo:

a) Que influência têm o género nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de actividades desportivas.

b) Que influência têm a modalidade praticada nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de actividades desportivas.

c) Que influência têm a origem da deficiência nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de actividades desportivas.

d) Que influência têm a faixa etária nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de actividades desportivas.

e) Que influência têm o tipo de deficiência nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de actividades desportivas.

f) Que influência têm os anos de prática desportiva nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora praticantes de actividades desportivas.

1.3 DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES

Em função dos objectivos enunciados podemos definir as seguintes hipóteses:

1H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável tipo de modalidade praticada.

1H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável tipo de modalidade praticada.

2H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável tipo de modalidade praticada.

2H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável tipo de modalidade praticada.

3H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável tipo de modalidade praticada.

3H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável tipo de modalidade praticada.

4H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável género.

4H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável género.

5H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável género.

5H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável género.

6H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável género.

6H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável género

7H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável origem da deficiência.

7H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável origem da deficiência.

8H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável origem da deficiência.

8H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável origem da deficiência.

9H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável origem da deficiência.

9H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável origem da deficiência.

10H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável faixa etária.

10H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável faixa etária.

11H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável faixa etária.

11H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável faixa etária.

12H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável faixa etária.

12H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável faixa etária.

13H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas

componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável tipo de deficiência.

13H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável tipo de deficiência.

14H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável tipo de deficiência.

14H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável tipo de deficiência.

15H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável tipo de deficiência.

15H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável tipo de deficiência.

16H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável anos de prática desportiva.

16H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física, Autovalorização Física) em função da variável anos de prática desportiva.

17H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável anos de prática desportiva.

17H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável anos de prática desportiva.

18H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável anos de prática desportiva.

18H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável anos de prática desportiva.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente estudo de investigação encontra-se estruturado ao longo de 7 capítulos.

O capítulo I refere-se à Introdução, onde é considerado o estado actual do problema e a pertinência deste estudo, bem como são apresentados os objectivos e hipóteses consideradas na presente investigação. O capítulo II destina-se à Revisão da Literatura, o qual contempla o enquadramento teórico e conceptual do estudo, analisando a literatura existente relacionada com a nosso estudo, enquanto que o capítulo III é referente à Metodologia, onde realizamos a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados, a definição das variáveis independentes e dependentes, os procedimentos de aplicação e o tratamento estatístico dos dados recolhidos.

No que se refere ao capítulo IV, este diz respeito à Apresentação dos Resultados, através da análise estatística descritiva e inferencial. Já o capítulo V compreende a Discussão dos Resultados, onde se confrontam os resultados obtidos com os estudos referenciados na revisão da literatura. O capítulo VI sintetiza as principais conclusões do estudo, bem como identifica algumas limitações na concretização deste e sugere recomendações para futuras investigações na área do nosso estudo. Por último, o capítulo VII apresenta a ordenação alfabética das Referências Bibliográficas consultadas na elaboração do presente estudo.

CAPITULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO AUTOCONCEITO

A necessidade de delinear e estabelecer uma identidade única e individualizada, com a qual a pessoa se sinta bem, tornou-se a característica fulcral da existência humana. De tal forma que, o modo como as pessoas se vêem a si mesmas e ao seu lugar no mundo – as suas autopercepções – são fundamentais para a explicação do seu comportamento.

Do ponto de vista histórico, a definição do Autoconceito, dada a sua dimensão abstracta e importância para o desenvolvimento humano, tornou-se complexa para alguns autores. Inicialmente investigado por filósofos, teólogos ou outros profissionais não ligados à psicologia, o “Eu” era regularmente associado a termos metafísicos como “alma” e “espírito” ou como “algo não físico num corpo físico”(Burns, 1986). Não obstante a perspectiva especulativa e não científica destas primeiras definições do termo, elas revelaram-se de extrema importância por distinguirem entre sujeito e objecto, tornando-se o ponto de partida para novas formas de descrever o “Eu”: O homem é espírito e corpo, ou realiza o espírito no corpo, ou é um corpo espiritualizado” (Virgílio Ferreira, 1973).

Embora, apenas já no século XX tenha assumido uma crescente importância, o Autoconceito encontra as suas origens ao longo dos anos. Na obra, “The Principles of Psychology”, onde Williams James (1950, cit.in: Vaz Serra, 1986), dedicando um capítulo ao estudo pormenorizado do “Eu”, faz imergir o interesse dos investigadores sobre problemática do Autoconceito.

Desde o mais longínquo trabalho de James (1892) e mais recentemente de Epstein (1973), Markus e Wurf (1987) e Harter (1996), tem vindo a ser aceite que o “Eu” não é apenas uma entidade singular estática mas um sistema dinâmico de trabalho. Embora alguns psicólogos continuem a discordar, existe agora um consenso sobre a existência de dois elementos no “Eu” que James distinguiu em 1892 como o “Eu” sujeito, e o “Eu” objecto.

O “Eu” enquanto sujeito tem capacidade de liderar uma larga cooperação que tem como função administrar as propriedades, mais valias e estruturas do “Eu” objecto (Fox & Carless, 2003).

O Autoconceito sofreu mais tarde as influências das Teorias Behavioristas, que marcaram de forma definitiva a evolução do conceito, tentando para além de identificar o fenómeno, compreender o processo e forma de interacção entre o Autoconceito e os comportamentos. Com o contributo da teoria Behaviorista passou a ser possível o estudo de alguns aspectos do Autoconceito global, incluindo a Autoestima que passou a ser definida como a dimensão do Autoconceito na qual o indivíduo possuía sentimentos negativos e positivos acerca de algumas características de si próprio. Também devido à Teoria Behaviorista o Autoconceito adquiriu características de natureza experimental e sistemática, tornando igualmente possível a colocação e testagem de hipóteses.

2.2 DELIMITAÇÃO CONCEPTUAL, AUTOCONCEITO *VERSUS* AUTOESTIMA

Muito tem sido escrito sobre a percepção própria do “Eu” dentro de disciplinas como a psicologia, a sociologia ou a filosofia. Este facto, ao qual se acresce o confronto terminológico entre duas línguas europeias como o Inglês e o Francês, tem resultado numa confusão de significados que se constata numa sobreposição de diferentes conceitos (Wylie, 1974 e 1979; Shavelson et al., 1976, Zaichkowsky et al., 1980; Gallahue, 1989; Faria & Fontaine, 1990).

A distinção entre os dois elementos do “Eu” (James, 1892) pode, de alguma forma, ajudar na distinção entre os termos Autoconceito e Autoestima, que são regularmente utilizados indiscriminadamente na literatura. O Autoconceito é visto como uma auto descrição das habilidades, actividades, qualidades, traços, filosofias pessoais, valores, moral e papéis assumidos pelo “Eu”. Murphy (1947, p.996) descreve o Autoconceito como “o indivíduo conhecido pelo indivíduo”, isto é, um perfil auto descritivo baseada na multiplicidade de funções e papéis que consideramos fazerem parte de nós. Por seu lado Gecas (1982) salienta a importância de referenciar os conteúdos do Autoconceito, nos quais estão abrangidas as “identidades” do indivíduo, as dimensões “avaliativas” e “emocionais” correspondentes ao que é usualmente designado por Autoestima definindo-o como “um conceito que o indivíduo faz de si próprio enquanto ser físico, social e moral.

No que se refere ao termo identidade, Fox (1997, pp. xiii) na sua obra de *Physical Self* delimita-o da seguinte forma: “é a integração de crenças, valores, Autopercepções e comportamentos dentro de um consistente, coerente e reconhecível repertório individual. É mais do que uma auto-descrição, está mais próximo de uma

auto-teoria. Este termo é usado frequentemente na literatura sociológica, com alguns autores a considerarem que o indivíduo pode ter identidades separadas em diferentes domínios da vida.”.

Embora a terminologia tenha sido frequentemente baralhada parece finalmente surgir algum consenso entre a literatura na área da psicologia. Autoestima é geralmente visto como um constructo global de avaliação relativamente estável e que reflecte o grau no qual o indivíduo se sente positivo consigo mesmo. Campbell (1984) definiu-o como “a consciência de bom possuída pelo “Eu””.

Nos últimos anos, concepções científicas sobre Autoestima modificaram-se profundamente (Fox, 1997). Inicialmente a Autoestima foi concebida como um conceito geral e unidimensional (Coopersmith, 1967; Marx & Winne, 1978; Piers, 1964). Recentemente a Autoestima é vista como um agregado de distintas auto-avaliações relativas a domínios específicos. Weiss (1987) considera que a Autoestima “representa o comportamento efectivo e de avaliação do Autoconceito próprio: refere-se aos juízos e sentimentos qualitativos ligados às descrições que cada um se atribui”.

Desde o tempo de James, a Autoestima tem vindo a tornar-se um bom indicador de bem estar do sistema “Eu”. Não é surpreendente que a Autoestima tenha sido considerada um factor determinante para o bem estar psicológico, por Fox (1999), pois surge frequentemente ligada a aspectos que a tornam importante para a saúde mental:

- É considerada como um indicador chave de estabilidade emocional e de ajustamentos às exigências da vida (Sonstroem, 1997).
- Está fortemente ligada ao bem estar-subjectivo e à felicidade (Diener, 1984)
- Valores altos de Autoestima estão normalmente associados a uma série de características positivas como a independência, liderança, adaptabilidade e resistência ao stress (Wylie, 1989).
- Valores baixos de Autoestima associam-se frequentemente a doença mental e desordens como depressão, ansiedade e fobias (Baumeister, 1993).
- Factor indicador quer de adequação com a vida em geral (Brown, 1987), quer com satisfação pessoal e bem estar (Diener 1984).

Para Vaz Serra (1986) esta “consiste no processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas qualidades e desempenhos. A Autoestima está relacionada com a parte afectiva do Autoconceito, em que a pessoa faz julgamentos de si própria, em que liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade. É indiscutivelmente a faceta mais importante do Autoconceito”

Por outro lado, para Weinberg e Gould (2001) o Autoconceito incorpora todos os aspectos do que pensamos que somos: ele é central na vida consciente, o que faz com que muitos o considerem a medida mais importante como indicador do bem estar psicológico.

Muitos foram os autores que avançaram com a sua própria definição. Todos, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento deste conceito que se tem vindo cada vez mais a afirmar devido à necessidade de nos sentirmos bem connosco próprios que urge numa sociedade moderna.

Apresentamos em seguida (Quadro 1) uma síntese das principais definições relativamente ao constructo de Autoconceito, que ainda não tenham sido referidas nesta revisão de literatura.

Quadro 1 – Resumo de definições de Autoconceito

AUTOR	ANO	DEFINIÇÕES
James	1892	“Definiu a existência de um Auto empírico, o qual possui três constituintes principais: o Auto material (pocessão incluindo o próprio corpo); o auto social (o reconhecimento social); e o Auto espiritual (faculdades psíquicas e disposições).
Creelman	1954	“Um constructo multidimensional que cobre e inclui a totalidade das percepções e avaliações que cada um faz de si próprio”
Combs	1971	“É a organização das percepções acerca de si mesmo que faz o indivíduo ser quem é”
Shavelson et al.	1976	“Constructo hipotético cujo conteúdo é a percepção que o indivíduo tem de si mesmo e das suas competências nos diversos domínios, ou a percepção construída a partir das experiências do sujeito e das representações sociais dos outros significativos”
Rosenborg	1979	“É a totalidade dos pensamentos e sensações de um indivíduo referenciado a si próprio, como objecto”
Shavelson e Bolus	1982	“A percepção que o indivíduo tem de si mesmo e das suas competências nos diversos domínios, percepção construída a partir das experiências do sujeito e das representações sociais dos outros significativos”
Byrne	1984	“É a nossa percepção de nós próprios onde estão envolvidos as nossas atitudes, sensações e conhecimentos sobre as nossas habilidades, capacidades, aparência e aceitação social”.
Burns	1986	“Conjunto constituído por aquilo que podemos atingir, o que pensamos que os outros pensam de nós e aquilo que gostaríamos de ser”.

Vaz e Serra	1988	“Um fenómeno gradual que resulta da intervenção de diversas variáveis tais como: o modo como os outros observam o indivíduo, a forma como ele considera o seu desempenho em situações específicas, a comparação do seu comportamento com o dos pares e ainda os valores vinculados por grupos normativos”
Faria e Fontaine	1990	“Em termos gerais, a percepção que o sujeito tem de si próprio em termos específicos, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparências e aceitabilidade social próprias. Estas percepções formam-se através da experiência, nos vários contextos da vida em que o sujeito se move, nomeadamente através dos reforços do meio e dos outros significativos”.
Sherrill	1997	A autora subentende duas definições: <i>Tradicional:</i> O Autoconceito é o “guarda-chuva” para todas as convicções, sentimentos e intenções que um indivíduo guarda no “Eu”. <i>Actual:</i> É o conhecimento que o indivíduo tem sobre o “Eu”.
Marsh	1994	“É a percepção que a pessoa tem em relação a si própria”
Fox	2000	“É um constructo multidimensional de características, competências, atributos e papéis possuídos ou desempenhados pelo indivíduo.”
Carless e Fox	2003	Definem Autoconceito como a autodescrição das capacidades das actividades, das qualidades, das características, das filosofias pessoais, da moral e dos valores, e dos papéis adoptados pelo “Eu”

2.3 MODELOS DE INTERPRETAÇÃO ESTRUTURAL DO AUTOCONCEITO

Nas ciências psicossociais modelos teóricos, medidas, pesquisa empírica e prática estão irremediavelmente interligadas. A Autoestima, como parte dessa ciência que tem consistentemente ocupado uma posição central na explicação do comportamento Humano (Corbin & Fox, 1989) tem, ao longo dos anos, estimulado volumes de pesquisa (Burns, 1986; Byrne, 1984; Harter, 1983; Marsh & Shavelson, 1985; Robinson & Shaver, 1973; Wells & Marwell, 1976; Wylie, 1974, 1979).

Marsh e Hattie, descreveram em 1996, os diversos modelos estruturais do “Eu” apresentados até aí e que, derivando em grande parte da correspondência analógica aos modelos de inteligência, se baseavam numa perspectiva unidimensional (Rosenborg, 1965) evoluindo mais tarde até um modelo de carácter multidimensional e hierárquico (Shavelson, Hunber & Stanton, 1976).

Assim, durante muitos anos, a Autoestima foi considerado um constructo unidimensional (ver Figura 1a) o qual era avaliado por inventários (e.g., Coopersmith, 1976; Piers, 1969, cit in Fox & Corbin, 1989) que simplesmente generalizavam as respostas verdadeiras e falsas, tendo em conta a adequação do “Eu” a uma grande variedade de situações quotidianas. Nestes inventários, a cada uma das respostas era atribuído o mesmo valor, sendo o resultado final analisado com base em si próprio, não tendo em conta diferentes pesos e relações entre a complexidade de elementos que influenciam o “Eu” considerado. Este resultado total era interpretado como revelador do nível individual de Autoestima.

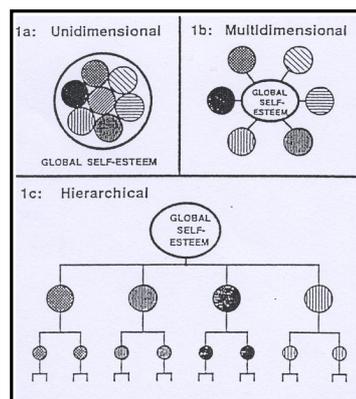


Figura 1 – Três modelos de interpretação da estrutura da Autoestima (Fox & Corbin, 1989)

Este modelo unidimensional, remanescente do modelo da inteligência de dois-factores de Spearman, cit. in: Fox, 1997 e inicialmente aceite, sugeria que existia

apenas um factor geral de Autoconceito e esse factor dominava os factores mais específicos. Coopermith (1967) e Marx & Winne (1978) (cit. in: Marsh, 1997), argumentavam que as várias facetas do Autoconceito eram tão fortemente dominadas por um factor geral que os factores que o constituíam, quando separados, não podiam ser devidamente diferenciados.

Compreende-se então que a maioria dos estudos efectuados sobre esta perspectiva eram limitados e se preocupavam em relacionar o Autoconceito com outros constructos e não com aspectos do próprio constructo, não contemplando o facto de cada indivíduo poder ter sentimentos distintos sobre si próprio relativamente a diferentes aspectos da vida.

Esta problemática tem reflectido grandes problemas no seu suporte de tal forma que tem sido fortemente criticada (Harter, 1983; Rosenberg, 1979; Wylie, 1979 cit. in Fox & Corbin, 1989) porque tem resultado na criação de instrumentos de validade questionáveis, com fraca fundamentação teórica, limitando o valor da investigação no campo da compreensão da estrutura da Autoestima e dos mecanismos envolvidos na sua alteração.

Esta perspectiva unidimensional vigorou durante décadas provocando que a compreensão sobre a estrutura do constructo Autoconceito permanecesse imóvel ou com lenta progressão durante um longo período de tempo. Questões de natureza metodológica e insuficiente fundamentação teórica, bem como a utilização de instrumentos de medida ambíguos, justificam amplamente a difícil ultrapassagem desta visão retrógrada (Harter, 1983; Sonstroem, 1984; Wylie, 1974 e 1979) cit. in Fox e Corbin (1989).

De acordo com os autores Fox e Corbin (1989), o maior desenvolvimento que a teoria da Autoestima viveu foi, sem margem para dúvidas, a ampla anuência da sua multidimensionalidade (ver Figura 1b). Para que esta ampla aceitação, hoje verificada, se tornasse realidade muito contribuíram os trabalhos realizados por Harter (1985 a); Marsh, et al. (1984); Soule, Drummond e McIntire (1981), os quais demonstraram de uma forma persuasiva que, desde os 7-8 anos de idade, as crianças tornam-se cada vez mais capazes de se julgar a elas próprias, de forma diferenciada e de acordo com os diferentes domínios envolvidos nesse julgamento. Assim, o Autoconceito não é a soma de todas as partes mas o resultado de uma estrutura multifacetada (Sherrill, 1997).

Estudos realizados segundo esta nova perspectiva contemplam a criação de instrumentos com sub-escalas separadas, as quais permitem avaliar a percepção nas suas

diferentes dimensões, em complemento ao Autoconceito global ou unidimensional, o que por sua vez possibilita a afirmação de uma estrutura do “Eu” existente, que se torna progressivamente diferenciada com a maturidade intelectual.

Do reconhecimento que as Autopercepções podem variar muito consoante o contexto ambiental, surge através de Harter e colegas (1988) o desenvolvimento de perfis de Autopercepções separados para crianças, adolescentes, estudantes e adultos. Do mesmo modo, Marsh e Shavelson, (1985) (cit in: Sherril, 1998) produziram questionários de autodescrição para pré-adolescentes e adultos jovens. Estes perfis compreenderam várias subescalas, cada uma capaz de assumir a Autopercepção como um domínio específico tal como o físico, o académico ou o social.

A inferência do interaccionismo na teoria da Autoestima produziu um quadro muito mais rico de componentes desse mesmo constructo e proporcionou a existência de um mapa informativo muito mais completo para se delinear as alterações dessa característica. Por outro lado, este interaccionismo veio encorajar a especulação relativa à organização estrutural dos elementos da Autoestima (ver Figura 1c).

Shavelson, Hubner, e Stanton (1976) (cit. in: Marsh, Byrne & Shavelson, 1988) formalizaram um constructo hierárquico do Autoconceito, baseado num modelo multifacetado. Estes autores fundamentaram o seu modelo, em parte, em paradigmas de habilidades conceptualmente similares onde cada domínio é hipoteticamente considerado como representando os efeitos combinados de percepções de um nível inferior da hierarquia numa série de subdomínios de maior especificidade, isto é, à medida que se desce em termos hierárquicos as percepções tornam-se cada vez mais fraccionadas e específicas (e.g., Vernon, 1950, cit. in: Marsh, Byrne & Shavelson, 1988). Outras pesquisas (Marsh et al., 1986) suportaram a estrutura multifacetada do Autoconceito e demonstraram que este não pode ser adequadamente entendido se a sua multidimensionalidade for ignorada (Marsh, 1986).

Para melhor compreendermos a organização deste modelo teremos de analisar a definição conceptual que lhe serve de suporte. Segundo Shavelson et al. (1976) “ o Autoconceito não é mais do que a Autopercepção que cada um faz do envolvimento que o rodeia, com base nas suas experiências e interpretações. O Autoconceito não constitui uma entidade no interior do indivíduo, mas sim um constructo hipotético que é potencialmente útil na explicação e predição do modo como o indivíduo age. Estas Autopercepções influenciam o modo como cada indivíduo age e por sua vez, o modo como o indivíduo age vai igualmente influenciar as suas Autopercepções”.

Para além dos aspectos salientados na definição operacional proposta por o autor, este considera que o Autoconceito tem determinadas características que na sua opinião são fundamentais para uma definição mais precisa: (1) organizado/ estruturado; (2) multidimensional; (3) hierárquico, (4) estável, (5) desenvolvimentista; (6) avaliativo e descritivo e (7) diferenciável.

No que se refere ao aspecto organizado/estruturado do Autoconceito, de acordo com estes autores, os indivíduos ao receberem informação acerca de si próprios, vão estabelecer uma categoria que se reflecte nas diferentes facetas, tornado o Autoconceito multifacetado ou multidimensional. Deste modo, o indivíduo vai compartimentando as diferentes e complexas experiências que vai vivenciando, tornado-as mais simples e integradas.

O Autoconceito, como constructo multidimensional e hierárquico, é entendido com a globalidade de percepções que cada indivíduo tem acerca de si próprio. Estas encontram-se estruturadas em pirâmide, estando na base as percepções de comportamentos específicos, no meio de deduções relativas ao Autoconceito e no topo a percepção global de si próprio. As percepções e avaliações de situações específicas permitem influências que se vão especificamente organizando, daí falar-se em Autoconceito hierarquizado. Por outro lado, a sua estrutura foi empiricamente testada (Fleming & Courtney, 1984; Fleming & Watts, 1980; Marsh & Shavelson, 1985) e foram obtidos resultados bastante fortes no sentido de apoiar a sua dimensionalidade.

Quanto ao Autoconceito é encarado na sua globalidade, a estabilidade que se observa no topo da hierarquia vai gradualmente diminuindo à medida que as suas facetas se tornam mais diferenciadas, mais específicas de uma determinada situação (Shavelson et al. 1976). Estudos realizados por Marsh et al. (1983), sobre as alterações do Autoconceito em pré-adolescentes, verificaram que é possível existirem grandes alterações num faceta particular do Autoconceito, sem que o Autoconceito geral se modifique. Num sentido amplo, o Autoconceito geral apresenta-se como estável, diminuindo essa estabilidade à medida que se vai descendo na hierarquia.

Relativamente ao aspecto desenvolvimentista do Autoconceito, Marsh e Shavelson (1985) consideram que este se torna cada vez mais específico e diferenciado à medida que a idade avança. O aumento progressivo de interações sociais é importante na formação do “Eu” de um indivíduo.

O aspecto avaliativo e descritivo do Autoconceito permite que o indivíduo se autoavale, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus

comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações. Um último aspecto, referido pelos autores, é que o Autoconceito é diferenciável, isto é, o Autoconceito pode facilmente diferenciar-se de outras variáveis permitindo compará-las entre si de forma a averiguar possíveis relações.

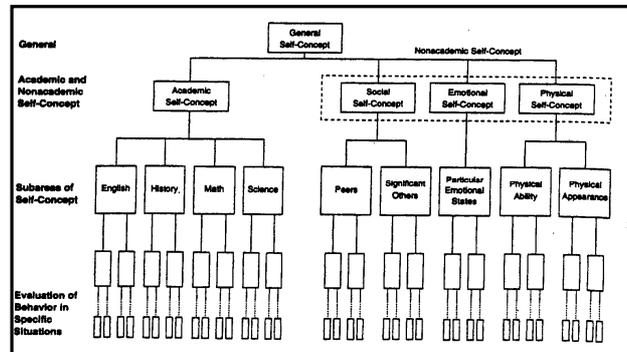


Figura 2 – Constructo hierárquico do Autoconceito (Shavelson, Hubner, & Stanton, (1976)

No que diz respeito ao modelo propriamente dito, Shavelson, Hubner e Stanton (1976) apresentou uma representação possível para este modelo hierárquico (ver figura 2), no qual, o Autoconceito geral surgia no topo e apresentava-se dividido em Autoconceito académico e Autoconceito não académico, logo no nível hierárquico seguinte. Por sua vez o Autoconceito académico era dividido em Autoconceitos particulares de cada uma das áreas disciplinares (ex: matemática, inglês, etc). Por outro lado, o Autoconceito não académico era dividido em três áreas: o Autoconceito social, Autoconceito emocional e Autoconceito físico. Outros níveis de divisão foram hipoteticamente previstos para cada um destes Autoconceitos específicos, de modo a que na base do modelo hierárquico se encontrassem Autoconceitos muito específicos e altamente relacionados com o comportamento do indivíduo.

Para testar este modelo de Shavelson et al. (1976), Marsh e Shavelson (1985), usaram respostas ao *Self Description Questionnaire* (SDQ), porém, a hierarquia provou ser mais complicada do que inicialmente foi antecipada. Isto conduziu a uma revisão do modelo, que foi também testado empiricamente (Fleming & Courtney, 1984; Fleming & Watts, 1980; Marsh & Shavelson, 1985), e que resultou posteriormente num forte apoio para a validação da multidimensionalidade do Autoconceito.

Após a realização de vários estudos com o objectivo de testar a estrutura deste modelo e a sua multidimensionalidade verificou-se que o Autoconceito geral, localizado no topo, e o Autoconceito académico, localizado a um nível intermédio, apesar de

correlacionados entre si apresentavam cada um deles facetas separadas do Autoconceito (Bryne, 1986; Shavelson & Bolus, 1982). Estas facetas constituíam Autoconceitos mais específicos, relacionados com a matemática com o inglês ou com as ciências e eram igualmente interpretados como distintos, embora correlacionados entre si e correlacionados com o Autoconceito académico (Shavelson & Bolus, 1982).

Segundo Marsh e O'Neill e Marsh et al. (1984), existe uma forte e progressiva independência entre as facetas específicas do Autoconceito e a idade, em especial durante os anos do ensino secundário. De acordo com estudos realizados por Marsh, Parker e Smith (1983); Marsh, Relich e Smith (1983) e Marsh et al. (1983), a estrutura hierárquica do Autoconceito torna-se cada vez mais fraca à medida que a idade do indivíduo aumenta. Para indivíduos que se encontram no final da adolescência, a organização hierárquica era menos evidente, em comparação com os indivíduos em preadolescência, devido à independência crescente das diferentes facetas específicas do Autoconceito, em função de diferentes aspectos da vida do indivíduo.

Este modelo foi enriquecido com a introdução de outras concepções hierárquicas (Fox & Corbin, 1989), ver Figura 3, através da introdução da importância de hipóteses percebidas, propondo que a influência de uma dada componente do modelo está relacionada com a sua importância subjectiva. Essa importância subjectiva pode ser entendida como um filtro que modula o respectivo peso da componente dum nível.

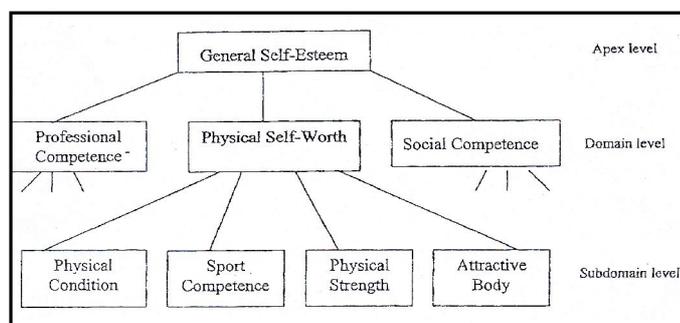


Figura 3 – Modelo hierárquico da Autoestima (Adaptado de Fox & Corbin, 1989)

Estes são, portanto, modelos hierárquicos essencialmente considerados como sistemas dinâmicos, que revelam uma nova perspectiva de Autoestima. Quanto ao comportamento desses sistemas para Fox (1997) é esperado que o cume deste modelo exiba mais estabilidade, e os níveis relativos aos subdomínios, mais variabilidade. Outra hipótese, considerando o comportamento de uma componente após uma pequena perturbação devido a um determinado evento na vida: é que se espera que esta componente regresse ao seu valor inicial, após um processo designado “tempo de

relaxação” que constitui outra medida de estabilidade daquele que exerce atracção (Kelso, Ding & Schoner, 1993).

Outro grupo de hipóteses (Ninot, Fortes & Deliginiers, 2000) refere-se às relações entre as diferentes componentes do modelo hierárquico já que se esperava que uma perturbação num dado nível do modelo afecte os outros níveis ou componentes. Este modelo revelou ser bastante atractivo porque infere um caminho pelo qual a interacção regular com diferentes aspectos da vida poderá modificar os aspectos mais globais e duradouros elementos da Autoestima e Autoconceito, uma vez que a satisfação verificada em comportamentos específicos são capazes de canalizar alterações no sentido ascendente, de modo a produzir mudanças duradouras em determinados aspectos da Autoestima (Ferreira, 1997).

2.4 O AUTOCONCEITO FÍSICO

O Autoconceito físico, ou a forma como o indivíduo percepção os seus atributos físicos e as suas capacidades tem vindo, de forma consistente, a afirmar-se como uma componente fundamental na identidade e na Autoestima, particularmente em culturas que atribuem grande importância ao orgulho e aspecto física. Através de estudo realizados por Marsh (1988, 1990 a, 1990 b) e por Byrne e Shavelson (1998), pudemos verificar a existência de uma componente física do Autoconceito

Marsh (1998) refere que o “Eu” físico é composto por vários aspectos do âmbito da aparência e da competência física. Harter (1996, cit. in: Carless & Fox, 2003) enfatizou que o Autoconceito Físico é mais que um domínio do “Eu”, tornando-se no “Eu” público porque age como a face visível e audível entre nós próprios e o mundo. A forma, o tamanho e as proporções do nosso corpo, os modos, estilo e habilidades físicas são a projecção social da nossa personalidade, sexualidade, confiança e orgulho.

Apesar de fazer parte do Autoconceito não académico, esta faceta diferenciava-se de algumas componentes e, por outro lado, mostrava-se consistentemente relacionada com as outras duas facetas do Autoconceito não académico: o Autoconceito de capacidade física, preponderante nas percepções relativas aos vários subdomínios mais específicos, como a capacidade física e o Autoconceito de aparência física, na qual está incluída a imagem corporal e que engloba as percepções relativas à imagem global que cada indivíduo tem acerca de si. Cada uma destas facetas é influenciada quer pela idade, quer pela maturidade cognitiva do indivíduo, tornando-as progressivamente

diferenciadas. Assim, poderemos admitir a existência de uma componente física do Autoconceito global e que, sofrendo alterações, pode influenciá-lo.

Marsh e Peart (1988) verificaram que a aptidão física estava substancialmente relacionada com o modelo relativo à capacidade física, modestamente relacionado com o Autoconceito relativo à aparência física e não correlacionado com outras áreas do Autoconceito. Os mesmos autores referiram-se ainda e em particular, às actividades aeróbias competitivas e cooperativas. Ambas conduziam a um aumento substancial da aptidão física, no entanto as actividades não competitivas conduziam a um aumento do Autoconceito de capacidade física, enquanto as actividades competitivas conduziam a um declínio do Autoconceito de capacidade física. Estes resultados são consistentes com resultados obtidos em estudos relativos ao Autoconceito académico, tendo aparentemente implicações importantes no sentido de produzirem efeitos a longo prazo em ambos os domínios.

Segundo Vaz e Serra (1986), o Autoconceito físico pode ser definido como o conjunto de percepções e avaliações que o indivíduo pensa possuir na execução de tarefas motoras e da aparência física e aptidão física, sendo o *feedback* fornecido ao indivíduo sobre o Autoconceito físico muito importante em determinadas idades, no sentido de poder criar medo de ser avaliado. Na perspectiva de Marsh (1994), as relações entre o Autoconceito geral e os seus domínios específicos devem ser em função da importância que um indivíduo coloca em cada um dos domínios. O Autoconceito geral e físico desenvolvem-se ao longo da história de cada indivíduo num processo contínuo de aprendizagem social

Williams (1983, cit. in: Sempere, 2000) procedeu a uma sistematização na qual, considerava que o Autoconceito físico se dividia em três sub-componentes: o esquema corporal, o conhecimento corporal e a imagem corporal. Segundo esta perspectiva, os processos envolvidos no desenvolvimento do conhecimento do corpo dependem de processos sensório-motores iniciais, que se relaciona, com o desenvolvimento do esquema corporal e, são os pré requisitos para o desenvolvimento da imagem corporal predominantemente cognitiva. O conhecimento corporal pode constituir um elo de ligação entre os dois.

O modo como nos sentimos com a nossa imagem pública pode determinar e reflectir como nos sentimos connosco próprios em geral, e este facto reflecte-se em elevadas associações entre os valores de Autoconceito Físico e de Autoestima Global ao longo da nossa vida (Fox, 1997). Aliás, para este autor, isto é amplamente explicado

com avaliações da aparência física ou da imagem corporal mas também com competências físicas específicas, tais como a competência desportiva, o fitness percebido e a saúde mental. Um outro estudo citado por Fox (2000), indica que, o facto das autopercepções no domínio físico terem alcançado um papel tão importante, leva a considerar que tenham adquirido propriedades intrínsecas, por seu próprio direito, no bem-estar mental (Sonstroem & Potts, 1996).

2.4.1. IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO NO DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO

O papel do exercício físico na redução do índice de mortalidade provocada por doenças de foro cardíaco é, hoje em dia, amplamente aceite. Lentamente, os profissionais da saúde e da medicina começam a interessar-me no potencial do exercício na prevenção e tratamento de desordens mentais como depressão e ansiedade, bem como no aumento dos níveis de bem estar da população em geral.

São numerosos os estudos que têm procurado demonstrar a influência positiva das actividades desportivas na modificação do Autoconceito (Jackson & Marsh, 1986; Weiss, 1987; Fox, 1992; Sonstroem et al., 1992; Marsh, 1997). Outros vão mais além e apontam que os benefícios da actividade física não se verificam apenas a nível do autoconceito, mas também ao nível da Autoestima, da personalidade, da confiança, da imagem corporal, do ajustamento social induzido e em alterações do comportamento (Willis & Campbell, 1992; Kamal et al., 1995).

Segundo Mutrie (1997) o exercício físico tem mostrado produzir no corpo alterações funcionais e significantes a curto e a longo prazo. Para este autor existem muitas e variadas áreas no curso da vida, nas quais o exercício físico pode ter uma influência positiva no Autoconceito Físico. Na sua opinião, os indivíduos submetidos a tratamento por condições médicas, que lidem com doenças crónicas, ou que passem por eventos reprodutivos ou pelo processo de envelhecimento, talvez beneficiem psicologicamente por envolver-se em programas de exercício físico regular.

Em 1986, Jackson e Marsh sugeriram que a participação em actividades desportivas de mulheres pode influenciar os tradicionais estereótipos sexuais, levando a mudanças no Autoconceito em áreas nas quais as mulheres têm normalmente níveis mais baixos. Segundo os mesmos autores e tendo em conta outro estudo os atletas revelariam níveis substancialmente mais altos do que os não atletas em certos domínios

do Autoconceito, como sejam o subdomínio das habilidades físicas, e diferenças não significativas na aparência física.

Quanto às pesquisas na área das populações especiais e esperanças na ajuda a estes indivíduos, estas têm tentado comprovar o benefício de desportos competitivos e exercícios aeróbios nestes (Monnazi, 1982, cit. in Campbell, 1995). Assim, Kamal et al., (1995) revelaram nos seus estudos, que os atletas possuem uma Autoestima/Autoconceito maior do que os não atletas, o mesmo se verificando quando comparados atletas inexperientes com atletas mais experientes em áreas onde o Autoconceito está relacionado com as capacidades atléticas e com a imagem corporal. Para além deste estudo existem muitas outras condições crónicas, tais como, obesidade, hipertensão, cancro, epilepsia, entre outras, que já detêm algum suporte em termos de literatura, para o papel positivo do exercício físico no tratamento.

Willis e Campbell (1992) ao compararem atletas e não atletas (sem prática de actividade física regular), verificaram que os atletas tinham resultados mais positivos em relação ao seu bem-estar psicológico, justificando esta percepção positiva devido à combinação de factores sociais, psicológicos e fisiológicos. Se por um lado o facto de ser praticante ou não de actividade física pode influenciar o Autoconceito de um indivíduo, também o nível e o rendimento desportivo o podem fazer.

Num outro estudo, Ponte et al. (1991), concluíram existirem diferenças significativas entre atletas de alto rendimento e atletas de rendimento inferior, sendo o Autoconceito de atletas de alto rendimento mais elevado do que o Autoconceito de atletas de nível inferior.

A literatura existente é, no entanto, insuficiente para retirar conclusões definitivas e exige pesquisas mais controladas e em maior número para saber se o exercício e a prática da actividade física pode ou não trazer benefícios a nível psicológico e de que forma essa alteração se processa. Existem inclusive autores que consideram que as experiências desportivas podem por vezes, ter um efeito negativo no Autoconceito de um indivíduo.

Fox (2000) tenta, ainda assim, de um modo sumário sintetizar as ideias chave, resultantes da literatura até à data existente:

- A actividade física pode ser usada como um meio para promover a autovalorização física e outras importantes autopercepções no domínio físico, tais como imagem corporal. 78% dos estudos indicam significantes alterações;

- Em algumas situações verifica-se um aumento da Autoestima, no entanto metade dos estudos não mostram alterações. Uma melhoria na Autoestima não é claramente um resultado auferido directamente através de programas de actividade física, podendo mesmo assim acontecer com *algum* tipo de exercício realizado e em *algumas* pessoas;
- Os efeitos positivos podem ser experienciados por todos os grupos etários, mas existem alterações mais evidentes em crianças e adultos de média idade;
- Os efeitos positivos podem ser experienciados por indivíduos de ambos os géneros;
- Os efeitos são provavelmente maiores nos indivíduos com baixa Autoestima;
- Vários tipos de exercício são efectivos em alterar as autopercepções, mas existe um suporte mais evidente nos exercícios aeróbios e exercícios para perda de peso, aliás estes últimos indicando maior efectividade num curto termo.

Embora reduzida a literatura existente sugere que o aumento da Autoestima é possível através do aumento da participação em actividades físicas mas estes efeitos são inconsistentes. Segundo Carless e Fox (2003) esta descoberta não deveria ser surpreendente, uma vez que a Autoestima global baseia-se numa variedade de outros domínios do “Eu”.

Se isto for substanciado completamente com mais pesquisas, então torna-se claro que as construções do Autoconceito físico devem ser usadas como alvos centrais nos programas de exercício físico, pois parece ser tremendo o potencial da actividade física para alterar a forma como as pessoas se vêem a elas próprias. Carless e Fox (2003) acrescenta ainda que esta proposição pode generalizar-se para o contexto a alteração da Autoestima global ou do bem-estar, mas dentro de certas circunstâncias e com certas pessoas.

Embora pareça evidente que o exercício produz alterações positivas na forma como as pessoas se vêem a elas próprias, a questão principal de qual o mecanismo responsável por essa alteração mantêm-se (Fox, 1997). Enquanto a resposta a esta pergunta não é encontrada, parecem existir evidências suficientes para incentivar os profissionais da área a promover o exercício como forma de alcançar valores mais positivos de autopercepção, particularmente naqueles que mais têm a ganhar com este ganho, ou seja, que têm à partida valores mais reduzidos.

2.5. IMAGEM CORPORAL ASSOCIADO AO AUTOCONCEITO DE APARÊNCIA FÍSICA

É no Autoconceito físico, mais propriamente no Autoconceito de aparência física, que vamos encontrar a Imagem Corporal nas suas dimensões objectiva e subjectiva (estrutura e dimensões do corpo). Este é, no entanto, mais um constructo onde nos deparamos com uma vasta variedade de definições resultantes da investigação nas diversas áreas.

Para Cash (1990) a Imagem Corporal é um fenómeno multidimensional que tem sido definido de uma forma variável. É um constructo que tem recebido bastante atenção pelos investigadores. Bennett (1960) tentou definir operacionalmente Imagem Corporal concebendo-a como “o conjunto de fenómenos nomeados pelo indivíduo quando solicitado a descrever o seu próprio corpo, a responder sobre ele num questionário ou a desenhá-lo”.

Segundo Colins (1981) a imagem corporal é encarada segundo um conceito mais dinâmico, ela é considerada como “uma representação mental ou uma constelação de representações do próprio corpo que mudam gradualmente ao longo da vida à medida que o corpo se desenvolve e modifica. A precisão da imagem depende da medida de ajustamento entre realidade e o ritmo de mudança corporal”.

A Imagem Corporal como constructo multidimensional começou a ser aceite na década de 80, tendo Cash e Brown (1989) sugerido que a Imagem Corporal era “uma idealização multidimensional defendida pelas percepções e atitudes (afectivas, cognitivas e comportamentais) que o indivíduo tem em relação ao seu corpo”. Para Taleporos e Macabe (2001), a Imagem Corporal é um constructo multidimensional pois abrange duas dimensões, a afectiva e a cognitiva, que por sua vez determinam a Autoestima Corporal, sendo esta a avaliação positiva ou negativa do corpo no seu todo (Mayer & Eisenberg, 1988 cit. in: Taleporos & McCabe, 2001).

Segundo Bruchon-Schweitzer (1987), numa perspectiva psicológica, a Imagem Corporal é definida como um conceito que engloba percepções e representações para evocar o corpo e para o avaliar, mas não apenas como objecto dotado como sujeito, ou parte de nós mesmos, como também carregado de sentimentos múltiplos e contraditórios. A mesma autora resume o termo Imagem Corporal como as “atitudes, sentimentos e experiências que o indivíduo acumulou no seu corpo, integradas numa percepção global”

Fisher (1990) define a Imagem Corporal como “a experiência psicológica do nosso próprio corpo”. Outra perspectiva é sugerida por Cash (1990) que a designa como “a vista de dentro”, enquanto autores como McCrea, Summerfield, e Rosen (1982) defendem uma concepção mais genérica da Imagem Corporal, “a subjectiva avaliação do nosso próprio corpo e as atitudes e sentimentos associados”. Fox (1997) refere ainda Autoimagem (Imagem Corporal) como uma representação mental que o indivíduo tem do seu corpo.

Pesquisas anteriores sobre Imagem Corporal estudaram a relação entre Imagem Corporal e Satisfação com partes individuais do seu corpo (Mahoney & Finch, 1976), a relação entre Imagem Corporal e desordens alimentares (Sunday et al., 1992; Lautenbacher, Kraehe & Krieg, 1997) e a relação entre variáveis físicas com Imagem Corporal (Cash, 1990). Indivíduos com desordens alimentares revelaram uma Imagem Corporal distorcida (Lautenbacher, et al., 1992) e uma Imagem Corporal positiva foi referenciada como mais preponderante na recuperação dessas desordens do que o ganho de peso em si.

Slade (1994, citado por Taleporos & McCabe, 2001) define imagem corporal como “uma representação mental da forma e tamanho do corpo influenciado por uma variedade de factores históricos, culturais e sociais, individuais e biológicos, que operam sobre diversas situações da vida. Também considera a Imagem Corporal como um constructo multidimensional, tal como Fisher (1990), compreendido entre uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva que, por sua vez, determina a Autoestima Corporal. A Autoestima componente avaliativa do Autoconceito, está assim, em parte dependente da satisfação com a Imagem Corporal.

Vários estudos realizados por Baptista (1995) verificaram que os participantes em programas de actividade física, assim como as atletas de alta competição, possuem maior satisfação com a imagem Corporal em relação aos não praticantes. Contudo, as atleta de alta competição obtiveram resultados inferiores de satisfação com a Imagem Corporal comparativamente aos participantes de programas de actividade física. Este resultado poderá estar associado ao facto das atletas femininas permanecerem críticas relativamente ao seu corpo, apesar de se tornarem relativamente mais magras (Fox, 2000).

Saliente-se que a Imagem Corporal, é apenas um dos muitos factores que contribuem para a variação do Autoconceito geral, através da sua estrutura hierárquica e que integra diversos aspectos cognitivos, que incluem a nossa percepção e representação

corporal, as nossas experiências corporais, aspectos emocionais relacionados com prazer ou desprazer, satisfação ou insatisfação, enfim, a forma como o indivíduo sente o corpo de acordo com a sua aparência e função.

2.6. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS AUTOPERCEPÇÕES NO DOMÍNIO FÍSICO

No sentido de estudar de forma mais directa e fiável o domínio físico, Fox (1998), refere que nos anos 80, Fox e Corbin (1989), dedicaram-se a uma série de estudos que tinham como objectivo a identificação de uma concreta e diferenciável Autopercepção no domínio físico, assim como a criação de um perfil que pudesse reflectir tal conteúdo e encontrar evidências que comprovassem a importância do seu estudo para o entendimento da estrutura do Autoconceito geral e do comportamento no domínio físico.

Desse modo, surge o *Physical Self-Perception Profile* que possibilita aos inquiridos a indicação das suas percepções relativamente a si próprios no que concerne a vários aspectos do seu “Eu” físico. O PSPP, cujos autores se basearam em grande medida nos trabalhos de Susan Harter, é um instrumento com 30 itens que engloba quatro subescalas compostas por 6 itens, nomeadamente: Competência Desportiva (percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas e confiança em contextos desportivos), Força Física (percepção acerca da força física, desenvolvimento muscular e confiança em situações que exigem força), Condição Física (percepção acerca do nível de condição física, resistência e fitness, capacidade para persistir na prática de actividade física e confiança em contextos de actividade física e fitness) e Aparência Física (percepção acerca da atracção exercida nos outros pela figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente e confiança na aparência) . Uma quinta subescala, a Autoestima Física de cariz hipotético, foi também incluída para representar a combinação dos subdomínios das Autopercepções do Autoconceito Físico.

É precisamente este instrumento que valida os múltiplos aspectos das Autopercepções no domínio físico, sendo originalmente validado em estudantes do secundário nos Estados Unidos por Fox e Corbin (1989). A sua validade também foi já suportada em estudos realizados por Page, et al., (1993) e com estudantes do secundário do Reino Unido, por Sonstroem, Spletiotis e Fava (1992); Sonstroem, Harlow e

Josephs, (1994) com adultos de meia idade e em estudos realizados por Asci e Zorba (1999) com estudantes universitários da Turquia (cit. in: Asci et al., 2003). Este instrumento também foi testado em crianças e jovens adolescentes por (Welk, Corbin & Lewis, 1995; Whitehead, 1995; Eklund, Whitehead & Welk, 1997; Hagger, Asford & Stambulova, 1998, Crocker, Eklund & Kowalsky, 2000) cit in: Ferreira e Fox (2002).

Recentemente, a fiabilidade e validade deste instrumento em Portugal (PSPPp), foram suportadas para jovens universitários e jovens de um curso superior (Ferreira & Fox, 2002) e, para adultos de ambos os sexos que praticavam uma actividade física ou desportiva de forma não competitiva (Fonseca & Fox, 2002).

Refira-se que, em alguns estudos envolvendo a tradução do instrumento foram levantadas questões relativamente à estrutura do PSPP, devido às diferenças culturais na tradução do instrumento da língua oficial (inglesa) para a língua materna de cada população (cit in: Ferreira & Fox, 2002). Recentemente, Van de Vliet et al. (2002) sugeriu um novo modelo de três factores para o PSPP, desenvolvido na Bélgica para populações saudáveis e com problemas psicológicos. Através da análise factorial confirmatória este autor encontrou a combinação de duas subescalas, Competência Desportiva e Condição Física, em apenas uma denominada de Confiança Física.

No nosso país, vários estudos realizados por Fonseca e Fox (2002) e por Ferreira e Fox (2002, 2003) utilizando a versão portuguesa do PSPPs, sugeriram a possibilidade de testar as propriedades psicométricas e a estrutura do modelo de três factores em estudantes do secundário. Contudo a validação do instrumento para a população portuguesa ainda não foi totalmente atingida (Ferreira & Fox, 2002)

Desde a sua publicação, o PSPP foi rapidamente adoptado por investigadores de diversos países. O PSPP foi traduzido para a língua portuguesa no âmbito de uma cooperação iniciada sob a coordenação de Fonseca, Fox e Almeida (1995) e recentemente continuada por Ferreira e Fox (2002).

Assim, a tradução inicial do PSPP para a língua portuguesa foi realizada por três especialistas (Fonseca, Fox & Almeida, 1995), tendo esta tradução sido, posteriormente, sujeita à apreciação do júri, constituído por psicólogos, treinadores e tradutores, sendo considerado criada a versão portuguesa do PSPP determinada de Perfil de Auto-Percepção Física.

O PSPP ao permitir a avaliação simultânea de diferentes facetas do “Eu” físico, tem sido por vezes utilizado em combinação com um instrumento de avaliação de Autoestima global, como por exemplo, o Inventário de Autoestima de Rosenberg,

fornecendo, desta forma, uma estrutura conceptual útil para a investigação dos mecanismos de modificação da Autoestima através da actividade física ou desportiva. Este questionário tem sido utilizado em diversos estudos e a sua fiabilidade e validade na avaliação das autopercepções dos indivíduos tem sido salientada por diversas vezes. Fox (1990) recomendou que os 10 itens da Escala de Autoestima de Rosenberg devia ser usada juntamente com o PSPP de forma a fornecer uma medida global de Autopercepções.

Ao contrário da abordagem unidimensional discutida anteriormente onde os itens de diversos conteúdos eram somados, os itens na Escala de Autoestima de Rosenberg não são específicos e reflectem sentimentos de orgulho: no “Eu”, no auto respeito e em competências gerais. Outros autores seguiram este estilo de abordagem à Autoestima e Autovalorização (Harter, 1985 a; Marsh & O'Neill, 1984) e também com escalas globais ou gerais de Autovalorização Física (Fox & Corbin, 1989; Marsh et al., 1994).

Para explorar a estrutura das percepções, sentimentos e atitudes induzidas (ou expressadas) através do nosso corpo, Bruchon-Schweitzer, criou em 1987 o *Body Image Questionnaire* (BIQ). Neste questionário de 19 itens a satisfação com o corpo é associada ao género, saúde e com o estado emocional presente e futuro. Depois de aplicada a 619 Franceses com idades entre os 10 e os 40 anos e depois de testada a sua fiabilidade foram encontradas 4 factores: Acessibilidade/Isolamento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxação/Tensão.

Nesta primeira aplicação do questionário foram encontrados alguns resultados interessantes:

- Para uma personalidade extrovertida foi encontrada uma relação positiva com Satisfação Corporal;
- Uma relação negativa entre neuroticismo e Actividade Corporal;
- Uma relação negativa entre neuroticismo e Relaxação Corporal;
- A insinceridade não afectou os resultados dos factores de Imagem Corporal;
- Os estereótipos (os desejos) sociais influenciam apenas Actividade Corporal;
- As mulheres parecem ser mais acessíveis (extrovertidas) e menos activas que os homens, mas reivindicam considerarem-se mais satisfeitas que os homens. Embora exista esta tendência estes resultados não foram significativos.
- Com a idade as pessoas descrevem-se como mais acessíveis, ligeiramente menos satisfeitas e menos activas.

Este instrumento torna-se de grande importância quando comparado com outros pois não é tão afectado pelos estereótipos sociais (Douty, Moore, & Hartford, 1974) ou por outros conceitos provando a sua multidimensionalidade (Mahoney & Finch, 1976; Tucker, 1981). O uso de componentes distintas pode possibilitar-nos considerar a Imagem Corporal como um padrão de traços simples em vez do usual processo grosseiro. Para nos ajudar a entender melhor a função destes diferentes factores de Imagem corporal na personalidade como um todo seria interessante um estudo envolvendo pessoas que foram confrontadas com experiências corporais favoráveis ou desfavoráveis. Foi o que aconteceu posteriormente através do mesmo autor e onde se aplicou o questionário, entre outros, a 148 pacientes com cancro onde se concluiu que a Satisfação Corporal desempenha um papel de protecção fundamental quando indivíduos têm de lidar com uma doença séria que ameaça a sua identidade.

2.7. PROBLEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA NA SOCIEDADE ACTUAL

As diferenças entre as pessoas quer sejam de raça, religião ou por deficiência, têm o seu impacto social (Lowenfeld, 1964). A maneira como uma dada sociedade reage perante uma minoria depende das circunstâncias sendo assim de fácil constatação que à medida que as sociedades foram evoluindo também as perspectivas acerca da deficiência foram sofrendo alterações.

A sociedade contemporânea surge então essencialmente marcada por duas abordagens distintas a esta problemática, que se concretizam no modelo médico e no modelo social da deficiência. Assim o modelo médico, baseia-se numa concepção mais tradicionalista e que encara a deficiência como uma incapacidade física e mental que resulta em “corpos danificados” ou “mentes falhadas” no qual a actividade física é apenas utilizada com fins curativos correctivos e terapêuticos visando a melhoria de desordens de natureza física e mental. Por outro lado e após uma alteração gradual da forma de encarar a deficiência, o modelo social em clara oposição ao modelo médico, entende que o termo deficiência não existia se a sociedade não criasse determinadas barreiras, fazendo da actividade física e desportiva um meio de integração social do indivíduo com deficiência.

2.7.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MOTORA

De acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e saúde, conhecida como CIF, podemos definir deficiência motora como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda”.

As deficiências que correspondem a um desvio relativamente ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal do corpo e das suas funções podem ser: temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas.

De uma forma geral, as deficiências não têm uma relação causal com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram. Por exemplo, a perda de um membro pode resultar de uma anomalia genética ou de uma lesão. 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. A perda de uma perna, por exemplo, é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença. Também as deficiências podem originar outras deficiências, quando existem diminuições da força muscular podem prejudicar-se funções do movimento.

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 das estruturas efectoras e reguladoras do movimento no sistema nervoso e ósteo-muscular.

Numa abordagem mais ampla e complexa, podemos considerar que a deficiência é sentida interiormente pelo indivíduo, no corpo e através deste. São estas fontes de experiências que, juntamente com a personalidade individual e os padrões culturais onde este se insere, ajudam a narrar o verdadeiro significado da deficiência. O corpo não é apenas experimentado, ele é também a base de todas as experiências, ele é a janela do indivíduo para o mundo (Hughes & Patterson, 1997, cit in: Spakes & Smith, 2002).

2.7.1.1 LESÕES VÉRTEBRO MEDULARES

Uma deficiência ao nível da coluna vértebro medular é uma condição que pode resultar de lesões ou doenças na coluna vertebral e/ou nos nervos da coluna espinhal. Esta condição está quase sempre associada ao grau de paraplegia resultante do dano no cordão medular.

Entre as causas das lesões vértebro-medulares destacam-se : traumatismos da coluna vertebral (acidentes de carro, mergulho de cabeça em águas rasas, trabalho, vida diária, lazer, golpe na medula...), tumores, hemorragias, processos infecciosos (sífilis, poliomielite anterior aguda, mielite aguda transversa...) e degenerativos (esclerose medular, etc). Entre as suas causas citam-se, ainda, anomalias congénitas no desenvolvimento da coluna vertebral como o caso da spína bífida.

As pessoas portadoras de lesões vértebro-medulares apresentam distúrbios, tais como: perda da sensibilidade (à dor, frio, tacto, propriocepção postural, etc) no corpo à altura da lesão para baixo, redução da capacidade respiratória (em lesões cervicais a até à 2ª vértebra dorsal), disfunção do sistema de regulação térmica, incontinência urinária e precário controlo do esfíncter retal, tendência à osteoporose em determinadas regiões, etc.

No entanto, a consequência mais conhecida das lesões medulares refere-se a um comprometimento parcial do controle motor dos membros ou à perda total da sua mobilidade voluntária autónoma.

2.7.1.1.1 PARAPLEGIA / TETRAPLEGIA

As lesões medulares podem apresentar-se em dois tipos mais comuns: num tipo as duas pernas aparecem afectadas (paraplegia). No outro, os quatro membros são atingidos (tetraplegia ou quadriplegia). Pschyrembel (1982) define paraplegia como “ a paralisia completa de duas extremidades simétricas, especialmente de ambas as pernas, por exemplo nas lesões transversas da medula espinhal e na paralisia cerebral infantil”.

Saliente-se que as paraplegias e tetraplegias são manifestações irreversíveis podendo ser distintas entre completas e incompletas, o que resulta em significativas variáveis nas suas manifestações. De maneira geral, nas lesões incompletas manifestam-se paresias (comprometimento parcial, semiparalisia) em vez de paralisias (comprometimento total). Além disso, combinam-se quadros de comprometimento

parcial de funções, enquanto pode haver perda total de outras, ou até mesmo certas funções permanecerem intactas.

A paralisia parcial ou completa do tronco e dos membros inferiores, como consequência de lesões da medula espinal da zona torácica, lombar ou das raízes sacrais, origina uma interrupção da transmissão dos sinais nervosos, denominada de Paraplegia. Por sua vez, uma diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial no segmento da coluna vertebral devido à destruição de elementos neurais situados na região cervical, designa-se tetraplegia.

Apesar da sua irreversibilidade a paraplegia e a tetraplegia elas não impedem a prática desportiva. A selecção das actividades e modalidades desportivas, bem como a dosagem das cargas, deverá ter em conta e procurar desenvolver as funções e qualidades (motoras, fisiológicas, sociais, psicológicas, etc) remanescentes.

2.7.1.1.2 ESPINHA BÍFIDA

É uma malformação congénita e de nascença na qual o tubo neural não chega a fechar completamente durante as primeiras quatro semanas de desenvolvimento fetal. Consequentemente, o arco posterior de uma ou mais vértebras não se desenvolve na totalidade, deixando sem protecção uma parte da medula espinal ou das suas raízes.

A espinha bífida manifesta-se sob quatro formas: Espinha Bífida Oculta, Meningocele, Mielocelo e Hidrocefalia. Destas quatro formas de manifestação importa referir que a Espinha Bífida Oculta é a mais frequente e a que inspira menores cuidados. Em contrapartida a do Mielocelo é a menos comum, mas também a mais séria pois tem como consequência uma diminuição neurológica permanente.

Todas as formas de espinha bífida são diagnosticadas e tratadas recorrendo a uma cirurgia e terapia nos primeiros tempos de vida.

2.7.1.1.3 POLIOMIELITE

A Poliomielite, vulgarmente chamada de *polio*, é uma forma da paralisia causada por infecção viral que afecta as células motoras da medula espinal. A severidade e grau de paralisia varia em cada indivíduo e depende do número e localização das células afectadas. A paralisia pode ser temporária, ocorrendo apenas durante a fase aguda da

doença (nos casos em que as células motoras não sejam destruídas pelo vírus), ou permanente se as células motoras forem destruídas pelo vírus.

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 uma diminuição da qualidade da estimulação. Como consequência o músculo é cada vez menos solicitado, levado a uma progressiva atrofia muscular.

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.

2.7.1.2 AMPUTAÇÕES

Amputação diz respeito à perda de um membro completo ou a um segmento específico do membro.

As amputações podem ser classificadas como congénitas ou adquiridas. Amputações adquiridas podem resultar de doença, tumor ou traumatismo, enquanto as amputações congénitas de uma falha no feto que não conseguiu desenvolver-se propriamente nos três primeiros meses de gestação.

Na maioria dos vezes as causas para a parcial ou total ausência congénita de um dos membros é desconhecida. Existem, geralmente, dois tipos de deformações congénitas. Num dos tipos o segmento intermédio de um dos membros não existe, mas as extremidades proximais e distais estão intactas. Nestes casos a mão ou o pé estão directamente ligado ao ombro ou à anca sem as restantes estruturas anatómicas presentes. No segundo tipo a deficiência é similar a uma amputação realizada cirurgicamente, onde as estruturas normais como mãos ou dedos não se encontram presentes por baixo do membro amputado.

Apesar do avanço tecnológico que tem permitido a minimização das consequências de uma amputação (próteses cada vez mais leves e funcionais), a perda de um membro é um momento de grande tensão emocional, originando uma série de respostas psicológicas complexas em relação à perda em questão. A resposta depende da aceitação ao facto do que aconteceu, pelo que a intervenção terapêutica torna-se fundamental no sentido de ajudar o doente a lidar melhor com os problemas inerentes a esta situação, dotando-o de capacidade para encontrar os ajustamentos necessário.

2.8. AUTOPERCEPÇÕES EM PRATICANTES DE DESPORTO ADAPTADO

Entre os vários estudos realizados, parece ser evidente que o exercício físico promove o bem-estar psicológico e a melhoria do Autoconceito e da Autoestima, pois permite a experiência de sucesso e de realização, trazendo sentimentos positivos acerca de muitos aspectos do ser (Sherrill, 1997). Em todos os estudos realizados, todos os que apresentavam níveis iniciais de Autoestima baixos obtiveram as melhorias mais significativas (cit. in: Ferreira & Fox, 2004).

Blinde e McClung (1997) afirmaram que as actividades físicas são efectivamente uma forma de melhorar as Autopercepções de indivíduos com deficiências físicas. No entanto, os indivíduos com deficiências físicas encontram frequentemente dificuldades no desenvolvimento de Autopercepções positivas, tanto das suas competências físicas como sociais (Frank, 1988; Nixon, 1984; Phillips, 1985; cit. in: Blinde & Mc Clung, 1997)

Marks (1999) enfatizou a importância sociológica do desporto para deficientes, pois, segundo este autor, a influência desta actividade nos indivíduos praticantes podia ser examinada não só através da sua relação com os outros, mas também na relação com eles próprios.

2.8.1 AUTOPERCEPÇÕES EM INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA VERSUS SEM DEFICIÊNCIA MOTORA:

Harter (1988) sugeriu que os jovens atletas com deficiência motora apresentavam um padrão geral similar de Autoconceito quando comparados com atletas sem deficiência motora. Também atletas adultos com deficiência motora manifestaram um padrão similar quando comparados com os seu pares sem deficiência motora.

Outros estudos empíricos geralmente suportam a teoria de que a situação de deficiência motora, presumivelmente, envolve uma imagem corporal pobre e uma autoestima baixa nestes indivíduos.

Cromer et al.,(1990) comprovam esta teoria com resultados inferiores nas subescalas relativas à imagem corporal e autoimagem de adolescentes com deficiência motora quando comparados com adolescentes sem deficiência.

Blinde e MacClung, num estudo de 1997, consideraram que um modo potencial de melhorar as autopercepções dos indivíduos com deficiência, consiste na participação em actividades desportivas e recreativas. Esta descoberta já tinha sido referenciada por

pesquisas que exploram estes efeitos qualitativos (Blinde & Taub, 1996; Greenwood, Dzewaltowski & French, 1990; Jackson & Fredickson, 1979; Valliant et al., 1985). Devido ao facto de o corpo ser um mecanismo através do qual esta actividades se manifesta, a participação poderá afectar o Autoconceito físico (Goodling & Asken, 1987, Greenwood, et al., 1990; Hedrck, 1985; Tam & Blinde, 1996). À medida que o desporto e as actividades recreativas decorrem no contexto social, em interacção com outros e desencadeando experiências sociais podem também aumentar as percepções do auto social (Brasile, 1990; Brasile, Coyle & Kinney, 1991).

Estudos mais recentes referem que, normalmente, as deficiências estão associadas a níveis baixos de Autoestima e a uma Imagem Corporal negativa (Taleporos & Mc Cabe, 2001). Contudo, Guthrie e Castelnuovo (2001), num estudo realizado em mulheres com deficiência motora, concluíram que o facto de o indivíduo possuir deficiência não origina uma autopercepção negativa

2.8.2 AUTOPERCEPÇÕES EM INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA/CONGÉNITA

Apesar de alguma limitações deste estudo, Hoper (1984), chegou à conclusão que, quanto mais grave fosse a incapacidade física mais baixa era a Autoestima do Indivíduo, e quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo.

Os sujeitos com disfunções congénitas apresentam maior ansiedade, maior imperfeição e menor Autoestima, do que aqueles com disfunções adquiridas (Zoerink, 1992, cit. in: Campbell, 1995). Estes resultados suportam a sugestão de Wright (1983), cit. in: Campbell (1955), que diz que pessoas com deficiências adquiridas à nascença apresentam menos capacidade, independência e skills pessoais para ultrapassar situações stressantes.

Outra hipótese explicativa no âmbito da origem da deficiência denomina-se” crescer através de adversidade” (Gluechauf & Quittner, 1984; Sherrill et al., 1990), pois sugere que indivíduos com disfunções adquiridas mais tarde na vida têm de desenvolver melhores skills de superação que lhes permite confrontar e aceitar as suas incapacidades. Os skills de superação desenvolvidos nestas condições podem ser usados para realçar o seu bem-estar psicológico (Campbell, 1995).

2.8.3 AUTOPERCEPÇÕES EM INDIVÍDUOS ATLETAS/NÃO ATLETAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA

Existe um número significativo de literaturas que estudaram a dualidade causa-efeito da competição desportiva sobre o bem-estar psicológico de participantes em desportos de cadeiras de rodas (Morgan et al., 1987; Morgan & Johnson, 1978).

Através de análise das respostas ao POMS, Morgan e Pullock (1977), concluíram que os indivíduos em cadeiras de rodas não atletas tinham níveis de raiva mais elevados do que os indivíduos em cadeiras de participantes numa prática desportiva. No entanto, apenas na década de 90 surgiram estudos que consideraram os perfis psicológicos de indivíduos participantes em desportos de cadeias de roda e não participantes (Greenwood et al., 1990; Paulsen et al., 1990).

Em 1995, Campbell e Jones ao compararem o bem-estar psicológico de atletas em cadeiras de rodas e não atletas concluíram que o grupo de não atletas possuía um perfil de bem-estar positivo com baixa tensão, depressão e irritação, ao contrário do grupo de atletas que revelou elevados níveis de autoridade e Autopercepções positivas.

Estes resultados era consistentes com a literatura precedente que considerava que indivíduos com incapacidade física que participaram em actividade desportiva tinham níveis mais elevados de bem-estar quando comparados com não participantes (Greenwood et al., 1990; Henschen et al., 1984; Horvat et al.; 1986)

Contrapondo esta influencia positiva da actividade física e recreativa, vários estudos (DePauw, 1990; Nixon, 1984; Sherrill & Williams, 1996; West, 1984) referenciaram indivíduos com deficiência motora que negaram com frequência oportunidades com qualidade para desenvolverem este tipo de participação desportiva.

2.8.4 AUTOPERCEPÇÕES EM INDIVÍDUOS ATLETAS DO GÉNERO FEMININO/MASCULINO COM DEFICIÊNCIA MOTORA

Henschen relatou em 1984 que atletas em cadeiras de rodas exibiam um “perfil iceberg” similar para atletas do género masculino e feminino com deficiência motora. No entanto, Fox e Corbin (1989); Fox (1990); Pages et al. (1993); Hayes, Crocker e Kowalski (1999) e Ferreira e Fox (2003) em diferentes estudos com atletas sem deficiência alcançaram valores médios superiores na maioria das subescalas do Autoconceito Físico, no género masculino em comparação com o género feminino. Nos

estudos realizados em indivíduos com deficiência motora (Ferreira & Fox, 2002a, 2002b, 2003, 2004) estes dados também se confirmaram sustentando a necessidade da análise das autopercepções no domínio físico ser sistematicamente conduzido pelo género propostas por Fox (1990).

2.8.5 AUTOPERCEPÇÕES EM ATLETAS A DIFERENTES NÍVEIS, COM DEFICIÊNCIA MOTORA

No estudo de Campbell e Jones (1994), os resultados demonstraram que o único estado onde existiam diferenças significativas no bem estar-psicológico dos participantes em desportos de cadeiras de rodas, era o vigor. Sendo que os atletas internacionais tinham níveis mais elevados do que os atletas nacionais ou recreacionais. Segundo o mesmo autor isto poderia sugerir que um estado positivo é ganho puramente da participação desportiva e não seria dependente do nível competitivo.

Outros estudos demonstraram que os atletas internacionais relatavam níveis mais elevados de Autoestima e níveis menos significantes de ansiedade-traço do que atletas nacionais, regionais e de grupos envolvidos em actividades recreativas (Campbell, 1994 cit in Ferreira & Fox, 2004)

Também as Autopercepções negativas podem resultar de uma grande variedade de fontes, incluindo experiências de socialização, oportunidades restritas, rotulação social da deficiência com um “estado” do indivíduo (Becker, 1963; Blinde & Taub, 1996; Brasile, 1990; Finkelstein & French, 1993; cit. in: Blinde e McClung, 1997). Tais experiências e crenças são frequentemente manifestadas através de respostas sociais tais como a segregação, a desvalorização, a estigmatização e a discriminação (Crocker, 1993; Nixon, 1984; Royce & Edwards, 1989; Sangarin, 1975; Sherrill, 1986; Taub & Blind, 1996 cit in: Blinde & McClung, 1997).

Carless e Fox (2003) enfatizam o facto de que, para investigar alterações mais pronunciadas nas autopercepções, é potencialmente efectivo considerar as experiências vividas pelas pessoas que enfrentam grandes desafios em termos de limitações, doenças, e deficiências físicas. Isto porque, segundo o autor, alterações traumáticas, tais como situações cruciais na saúde têm, provavelmente, um impacto mais perceptível do “Eu” no bem estar-mental, em comparação com os efeitos mais graduais e incipientes encontrados na população geral.

No entanto, segundo Ferreira e Fox (2004), o desenvolvimento das Autopercepções Físicas em grupos desportivos com deficiência motora ainda não foi

devidamente estudado, especialmente agora que as componentes da Autoestima e da Autopercepção têm aumentado o seu valor educacional e clínico, como importantes indicadores de bem-estar mental, tanto em indivíduos com como sem deficiência motora (USDHHS, 1999).

Muitos dos estudos encontraram resultados contraditórios, deixando entender que muita pesquisa existe ainda para ser feita nesta área. No entanto, com a evolução registada dos instrumentos de avaliação e com o interesse crescente por parte dos investigadores nesta temática, existe também a certeza de que se tentará entender a forma como a participação na actividade física se pode tornar uma potencial fonte de bem estar-psicológico e de autopercepções positivas, especialmente nas populações com níveis mais débeis de Autoestima, como a população com deficiência motora.

CAPITULO III - METODOLOGIA

Realizado o enquadramento teórico dos vários conceitos implícitos nesta investigação, bem como uma revisão geral dos vários autores que se debruçaram sobre esta área de estudo, torna-se necessário apresentar os procedimentos metodológicos adoptados no nosso estudo.

Neste capítulo procederemos então à caracterização da amostra, à descrição e caracterização dos instrumentos de medida utilizados e as condições de aplicação dos mesmos. Faremos ainda referência aos procedimentos utilizados na recolha dos dados obtidos e, ao tratamento estatístico dos destes.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O presente estudo baseou-se numa amostra de trinta inquiridos ($n = 30$) com deficiência motora, dos quais 4 são indivíduos do género feminino e 26 do género masculino. Todos os indivíduos que constituem a amostra são atletas que praticam actividade física regularmente, sendo que 19 praticam natação e 11 praticam maratona em cadeira de rodas.

Os nadadores com deficiência motora, do género feminino, apresentam idades compreendidas entre os 24 e os 47 anos, com uma média de $33,25 \pm 9,74$ anos, enquanto que os do género masculino têm idades entre os 14 e os 34 anos, apresentando uma média de $23,67 \pm 6,57$ anos.

No que respeita aos inquiridos praticantes de maratona em cadeira de rodas todos são do género masculino possuindo idades compreendidas entre os 22 e os 43 anos e apresentando uma média de $33 \pm 6,34$ anos.

A recolha dos dados foi realizada, no caso dos atletas de maratona em cadeira de rodas, no dia 13 de Março de 2005, após a prova “CTT Prova de Deficientes Motores em Cadeira de Rodas”, integrada na 15ª Meia Maratona Internacional de Lisboa. No que se refere aos nadadores, os questionários foram aplicados durante o Campeonato Nacional de Natação para Deficientes Motores, que decorreu nos dias 19 e 20 de Março, nas Piscinas Municipais de Santa Maria da Feira.

3.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

3.2.1 INSTRUMENTARIUM

Para a realização do presente estudo foi aplicado aos sujeitos da amostra uma bateria de testes, seleccionada tendo em conta as características específicas da população e as diferentes variáveis a analisar neste estudo, constituída por três instrumentos de medida e complementada com uma ficha de caracterização individual.

Visando a avaliação das Autopercepções no domínio físico recorreu-se então à Escala da Autoestima de Rosenberg – *Rosenberg Self Esteem Scale (1965)* –, ao Perfil de Autopercepção Física – *Physical Self-Perception Profile, PSPPp* de Fox e Corbin (1990) – versão portuguesa adaptada por Fonseca, Fox e Almeida (1995) e ao Questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer – *French Body Image Questionnaire (1987)* – adaptado por Ferreira (2003).

3.2.1.1 FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL

Com o intuito de recolher informação adicional sobre as características de cada participante no estudo, possibilitando-nos melhor caracterizar a amostra foi elaborada uma ficha de resposta aberta que fez parte integrante da bateria de testes e incluía os seguintes dados:

- Dados biográficos: nome, idade, data de nascimento, sexo, estado civil, profissão/actividade;
- Dados relativos à origem da deficiência;
- Dados relativos à prática desportiva: modalidade praticada, anos de prática;
- Outros dados: local e data de recolha da informação.

3.2.1.2 ESCALA DA AUTOESTIMA GLOBAL DE ROSENBERG

Para se proceder à avaliação da Autoestima Global da amostra do nosso estudo, utilizámos a *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*, traduzida e adaptada à população portuguesa por Ferreira e Meek (2001). Esta escala foi inicialmente desenvolvida por Rosenberg (1965) e resulta de uma modificação da escala original de Guttman (1953), numa tentativa de atingir uma medida unidimensional de Autoestima Global. Este

instrumento de medida é constituído por dez itens, dos quais cinco são positivos e cinco são negativos, no entanto, com o intuito de reduzir o perigo de resposta direccionada, os depoimentos afirmativos e de negação não se encontram apresentados consecutivamente mas sim de forma aleatória.

Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta: 1- Concordo completamente; 2- Concordo; 3 – Discordo; 4 – Discordo completamente. A pontuação das respostas varia de acordo com o facto de os itens se encontrarem ou não revertidos. Desse modo, para os itens, 1,2,4,6 e 7 (itens de autoconfiança) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 4; Concordo = 3; Discordo = 2; Discordo completamente = 1, e para os itens 3, 5, 8, 9 e 10 (itens de autodepreciação) a pontuação é a seguinte: Concordo completamente = 1; Concordo = 2; Discordo = 3; Discordo completamente = 4.

Obtém-se o valor relativo à Autoestima Global, procedendo à soma dos valores obtidos em cada item, sendo que o valor total da escala varia entre 10 e 40 pontos. De referir, que quanto mais alta for a pontuação, mais elevado será o nível da Autoestima Global de cada indivíduo e vice-versa.

A escolha da utilização deste instrumento ficou a dever-se à sua facilidade de aplicação, pelo facto da versão utilizada para a investigação já se encontrar traduzida e adaptada para português (Ferreira & Meek, 2001) e por já ter sido utilizada em estudos anteriores com populações portuguesas (Brochado, 1999; Sempere, 2000).

3.2.1.3. PERFIL DE AUTOPERCEPÇÕES NO DOMÍNIO FÍSICO (PSPPP)

O Perfil de Autopercepções no domínio físico (PSPPP) é um instrumento multidimensional que separa a percepção da competência física da autovalorização Física Global (Fox & Corbin, 1989) actualmente trata-se de um instrumento fiável e bem validado, tendo sido já traduzido e adaptado para várias línguas, incluindo a portuguesa (como por exemplo a adaptação feita por Fonseca & Fox, 2002; e Ferreira & Fox, 2002)

É constituído por 30 itens, os quais medem cinco domínios físicos, integrados em quatro sub-escalas que estabelecem Autopercepções de (1) Competência Desportiva e Condição Física; (2) Atracção Corporal; (3) Força Física; (4) Autovalorização Física (Fox & Corbin, 1989; Fox, 1998, Van de Vliet et al., 2002). Das quatro sub-escalas, três destinam-se a obter informações acerca de subdomínios específicos do “Eu” físico,

enquanto que a quarta sub-escala, destina-se a medir o nível global de Autoestima física do indivíduo.

A sub-escala (1) – Confiança Física – combina os itens com valores mais elevados da Competência Desportiva e da Condição Física – corresponde aos itens 11, 12, 17, 21, 22 e 26. Estes dizem respeito às percepções acerca das capacidades atléticas, incluindo percepções sobre aptidão física e desportiva, nível de condição física e de fitness bem como confiança em contextos de actividade física e desporto.

A sub-escala (2) – Atracção Corporal - corresponde aos itens 3, 8, 13, 18, 23 e 28 que dizem respeito às percepções acerca da atracção exercida pela sua figura ou físico nos outros, à capacidade para manter um corpo atraente e à confiança na sua aparência.

A sub-escala (3) – Força Física – corresponde aos itens 4, 9, 14, 19, 24 e 29. Estes correspondem às percepções acerca da sua força física, desenvolvimento muscular e confiança em situações que requerem força.

A sub-escala (4) – Autovalorização Física Global – corresponde aos itens 5, 10, 15, 20, 25 e 30. Estes referem-se aos sentimentos gerais que o indivíduo possui acerca da sua felicidade, satisfação, orgulho, respeito e confiança no seu físico.

Cada item contém um par de informações contrárias (ex.:, “ *algumas pessoas sentem que não são muito boas a praticar desporto*” mas “ *outras sentem que são mesmo boas em qualquer desporto*”), no qual a resposta varia de acordo com uma escala de quatro categorias: no sentido positivo, *realmente verdade para mim* e *quase verdade para mim* e no sentido negativo, *realmente verdade para mim* e *quase verdade para mim*. A estrutura de oferecer quatro possibilidades de resposta para o mesmo item foi adoptada de modo a reduzir respostas socialmente desejáveis (Fox & Corbin, 1989; Fox, 1998). Assim, o indivíduo selecciona primeiro o tipo de pessoa que melhor o descreve e só depois selecciona o nível em que julga estar incluído.

Os itens 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25 e 29 são pontuados de 1 (um) a 4 (quatro) pontos, enquanto que os itens 3, 4, 5, 6, 9, 14, 18, 20, 22, 24, 26, 28 e 30 são pontuados de 4 (quatro) a 1 (um) ponto. A classificação final de cada indivíduo obtém-se através do somatório dos diferentes factores, de forma que, quanto maior for o valor alcançado melhor será o Autoconceito físico do indivíduo.

3.2.1.4 QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BIQ)

O questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer (1987) é um instrumento multidimensional de tipo Likert. Estes instrumento é utilizado para analisar e explorar a dimensão das percepções, sentimentos e atitudes expressas relativamente ao corpo de cada um dos inquiridos do presente estudo.

Segundo Bruchon Schweitzer, 1987, este instrumento foi inicialmente criado a partir de entrevistas realizadas a estudantes das quais se retiraram palavras relacionadas com o corpo e a imagem. De seguida, estas palavras foram agrupadas em treze categorias que contêm antónimos e sinónimos. Posteriormente, cada categoria foi ilustrada por um ou dois itens resultando num questionário de 19 itens, composto por quatro dimensões, designadamente:

- Factor (I) – Acessibilidade / Retraimento incorpora os itens 8,12, 15 e 18. Este factor opõe receptividade a várias experiências sensoriais e corporais.
- Factor (II) – Satisfação / Insatisfação é constituído pelos itens 3, 5, 9, 14 e 17. Este factor opõe percepções corporais agradáveis a percepções desagradáveis.
- Factor (III) – Actividade / Passividade incorpora os itens 1, 4, 6, 16 e 19. Este factor opõe eficiência física, energia e masculinidade e atributos opostos.
- Factor (IV) – Relaxamento / Tensão incorpora os itens 7, 10 e 13.

Neste questionário cada um dos dezanove itens contém um par de adjectivos bipolares (ex.: “*saudável*” e “*não saudável*”), que usam o formato de Likert com cinco possibilidades de resposta, os quais pretendem responder à questão “*considera o seu corpo como*”. A resposta varia de acordo com uma escala de cinco categorias. 1- Muito frequente, 2 - Com alguma frequência, 3 - Nem um nem outro, 4 Muito frequente, 5 - Com alguma frequência. Como podemos verificar as afirmações encontram-se repetidas, consoante se refiram ao primeiro ou ao segundo termo. Assim as duas primeira possibilidades de resposta referem-se ao primeiro termo, a terceira opção de resposta é nula, e as duas últimas referem-se ao segundo termo. A satisfação individual com a imagem do corpo obtém-se através do somatório dos itens relativos a cada uma das dimensões

A estrutura de resposta que tem por base a oferta de duas possibilidades para o mesmo item foi adoptada de modo a reduzir as respostas socialmente desejáveis. Assim o indivíduo selecciona primeiro o termo que melhor define o modo como considera o seu corpo e só depois selecciona o nível em que julga estar incluído.

A escolha deste instrumento resulta da facilidade da sua aplicação a grupos especiais, devido à simplicidade e objectividade dos itens que compõem as diferentes dimensões.

3.3 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

3.3.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES

- *Nível de Autoconceito Físico* – variável nominal qualitativa discreta, que analisa as cinco dimensões do Autoconceito físico do instrumento de medida PSPPP (Competência Desportiva, Condição Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física).

- *Nível de Autoestima Global* – variável nominal qualitativa discreta, representa a percepção do indivíduo relativamente à quantificação do Autoconceito Físico.

- *Nível de Imagem Corporal* – variável nominal qualitativa discreta, que analisa as cinco dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade, Relaxamento/Tensão)

3.3.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- *Idade* – variável nominal quantitativa e contínua, utilizada para a recolha de dados dos sujeitos do presente estudo com idade superior a 14 anos. Como idade cronológica válida para o presente estudo é considerada aquela que o indivíduo possuir aquando da aplicação do instrumento. Para facilitar o tratamento estatístico e análise dos dados será também introduzida a variável grupo etário onde será utilizada a categorização definida na escala do Modelo de K. Award (1993).

- *Género* – variável nominal qualitativa e discreta, apresentando-se em duas categorias, masculino (MASC) e feminino (FEM).

- *Origem da lesão* - variável nominal qualitativa e discreta, organizada em duas categorias, congénita e adquirida.

- *Tipo de lesão* – variável nominal qualitativa, que categoriza a deficiência motora em paraplegia, tetraplegia, poliomielite, spina bífida, amputados e outras.

- *Tempo de ocorrência da lesão* - variável nominal quantitativa e contínua, utilizada para indicar à quanto tempo adquiriram a lesão. Em relação ao tempo de ocorrência de lesão foi utilizada uma escala similar à utilizada por Ferreira (2004).
- *Modalidade praticada* – variável nominal qualitativa e discreta, organizada em duas categorias: natação e atletismo.
- *Anos de Prática* - variável nominal quantitativa e contínua, utilizada para aferir à quanto tempo os inquiridos praticam a referida modalidade.

3.4 PROCEDIMENTOS

A primeira etapa por nós realizada foi definir e localizar a população activa de indivíduos com deficiência a nível motor, nomeadamente: lesões medulares, amputados, spina bífida, poliomielite e outro tipo de sequelas. Assim, considerando que o presente estudo se centra em indivíduos activos praticantes de natação ou maratona em cadeira de rodas, houve necessidade de, em alguns casos, adoptar procedimentos distintos.

Sendo a ANDEMOT - Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora - a instituição que coordena o desporto adaptado para indivíduos com deficiência motora no nosso país, foi enviado um ofício especificando o objectivo do estudo e solicitando o calendário das provas nacionais das referidas modalidades. Após contacto pessoal com os Coordenadores Nacionais, quer de Natação, quer de Atletismo, obtivemos o consentimento para a aplicação dos questionários nas referidas competições.

Relativamente aos maratonistas de cadeira de rodas e aproveitando a realização da “CTT Prova de Deficientes Motores em Cadeira de Rodas”, integrada na 15ª Meia Maratona Internacional de Lisboa, foi também realizado o contacto formal com o Maratona Clube de Portugal, instituição organizadora da prova, tendo em vista o consentimento e a autorização prévia para a aplicação de questionários no dia da prova, dia 13 de Março de 2005, junto à zona de chegadas, o que se verificou

Quanto aos nadadores após efectuarmos o contacto com o Coordenador Nacional de Natação, o Dr. Mário Cardoso, dirigimo-nos às piscinas de Santa Maria da Feira no dia 19 de Março, onde se realizou o Campeonato Nacional de Natação para Deficientes Motores.

A aplicação dos questionários seguiu determinados passos e a estratégia adoptada passou por um contacto pessoal, que decorreu nos meses de Fevereiro e Março

de 2005, com todos os indivíduos que participaram na amostra. Durante a aplicação dos mesmos, num fase inicial foi referido o objectivo deste estudo, bem como todas as instruções necessárias para o preenchimento dos diferentes instrumentos. Foi, ainda, garantido a todos os participantes a confidencialidade das suas informações. Refira-se ainda que a aplicação dos questionários decorreu no final de cada prova, de modo a não prejudicar a prestação do atleta.

O método de recolha foi fundamentalmente a aplicação directa. No entanto, perante os indivíduos que não tinham autonomia suficiente para preencher o questionário (n=3) utilizámos o método de entrevista com o cuidado de não induzir respostas, emitindo a pergunta de forma pousada e sempre com a mesma entoação. De salientar a enorme disponibilidade e colaboração de todos os intervenientes no processo.

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados recolhido através da aplicação dos três instrumentos de medida (Escala de Autoestima, PSPPp e Imagem Corporal) e a ficha de caracterização individual, foram tratados em computador através da utilização de um software informático apropriado, o programa S.P.S.S 12.0 para o Windows versão Copyright 2001 © SPSS, Inc. Em anexo seguirão todos os dados recolhido, assim como os resultados da aplicação das diversas técnicas estatísticas utilizadas.

Utilizaremos a estatística descritiva, apresentando o cálculo dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de modo a organizar e analisar os dados relativos à amostra, recorrendo à média e ao desvio padrão (como medidas de tendência central), às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais.

Com o objectivo de compararmos as variáveis independentes utilizaremos a análise da variância – teste t de Student e a análise da variância Anova. Para comprovar as nossas hipóteses, utilizámos um nível de significância de $p \leq 0,05$ dado ser o valor convencional para pesquisas na área das ciências humanas.

CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados relativos ao tratamento estatístico dos dados anteriormente recolhidos através da utilização dos instrumentos de medida, nomeadamente o *Physical Self-Perception Profile* (PSPP- versão portuguesa) – Auto percepção do perfil físico em adultos, a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) – Escala de Autoestima Global de Rosenberg e o *Body Image Questionnaire* (BIQ) – Questionário de Imagem Corporal.

De forma a descrever e analisar as características inerentes à globalidade da amostra em estudo, iremos em primeiro lugar apresentar os resultados das variáveis independentes em estudo (idade, género, estado civil, profissão, modalidade praticada, anos de prática, origem da deficiência e tempo da lesão) e que foram sujeitas à estatística descritiva. Seguidamente procederemos à apresentação dos dados relativos a resultados alcançados em outros estudos, à qual se seguirá a apresentação descritiva das variáveis dependentes do presente trabalho. Finalmente apresentaremos os dados relativos à estatística inferencial (T de Student e One way Anova).

4.1 APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS RESULTADOS

4.1.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM ESTUDO

A estatística descritiva utilizada neste estudo baseia-se no cálculo de alguns parâmetros descritivos como a média, o desvio padrão e a apresentação de tabelas de frequência das variáveis independentes, com o propósito de descrever de forma precisa e objectiva as características globais da amostra utilizada. De seguida serão apresentados valores relativos às variáveis independentes em estudo nomeadamente no que diz respeito ao género, grupo etário, modalidade praticada, anos de prática, estado civil, profissão, origem da deficiência, tipo da deficiência e tempo de lesão.

Tabela 1: Frequências relativas - variável género

Género	FREQUÊNCIA	%
FEMININO	4	13,3
MASCULINO	26	86,7
TOTAL	30	100

Com base na análise da tabela 1, referente às frequências relativas da variável género constatámos que, dos trinta indivíduos inquiridos que constituem a amostra, 13,3% são do género feminino (n=4) e 86,7% são indivíduos do género masculino (n=26). Apesar de o número de atletas inquiridas do género feminino ser consideravelmente inferior ao dos atletas do género masculino, o facto de ambas as amostras corresponderem a percentagens idênticas do universo global, leva-nos a daqui em diante e sempre que entendermos que se justifica, realizar uma comparação entre géneros.

Tabela 2: Frequências relativas - variável grupo etário

Grupo Etário	FREQUÊNCIA	%
8-20 ANOS	5	16,7
21-40 ANOS	23	76,7
41-60 ANOS	2	6,7
TOTAL	30	100

No que diz respeito à variável grupos etários, podemos verificar através da análise da tabela 2 que 16,7% da amostra pertence ao grupo etário dos 8 aos 20 anos (n=5), enquanto que 76,7% integra o grupo dos 21 aos 40 anos de idade. Os restantes 6,7% dos participantes possuem idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos (n=2).

Tabela 3: Frequências relativas - variável modalidade praticada

Modalidade	FREQUÊNCIA	%
ATLETISMO	11	36,7
NATAÇÃO	19	63,3
TOTAL	30	100

De acordo com os resultados expressos na tabela 3 verificámos que dos 30 atletas inquiridos 36,7% são praticantes de atletismo, mais especificamente maratonistas em cadeiras de rodas (n=11), enquanto os restantes 63,3% praticam natação.

Tabela 4: Frequências relativas - variável idade em função do género e da modalidade praticada

GÉNERO	MODALIDADE	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP
MASCULINO	ATLETISMO	11	22	43	33	6,34
	NATAÇÃO	15	14	34	23,67	6,57
TOTAL MASC.		26	14	43	27,62	7,90
FEMININO	NATAÇÃO	4	24	47	33,25	9,74
TOTAL GERAL		30	14	47	28,37	8,21

Apresentamos na tabela 4 a distribuição da amostra por género e idade em função da modalidade praticada. Assim, podemos constatar que dos 19 nadadores inquiridos, 4 são do género feminino e 15 são do género masculino, enquanto que a totalidade os maratonistas (n=11) são do género masculino. Em relação a este facto saliente-se que não existem praticantes de maratona ou meia maratona em cadeira de rodas do género feminino a competir em Portugal.

Relativamente à idade verificámos que as atletas do género feminino, apresentam uma média de idades de $33,25 \pm 9,74$ enquanto os atletas masculinos, apresentam uma média de $27,62 \pm 7,90$ anos, tendo os inquiridos uma média global de idades compreendida entre os 14 e os 47 anos de idade.

Tabela 5: Frequências relativas - variável anos de prática

Modalidade	ANOS DE PRÁTICA	FREQUÊNCIA	%
ATLETISMO	0-1 ANOS	0	0
	1-4 ANOS	2	18,2
	5-10 ANOS	2	18,2
	11 OU + ANOS	7	63,6
NATAÇÃO	0-1 ANOS	3	15,8
	1-4 ANOS	5	26,3
	5-10 ANOS	6	31,6
	11 OU + ANOS	5	26,3
TOTAL		30	100

Quanto ao número de anos de prática da modalidade (tabela 5), verificámos que a maioria dos maratonistas em cadeira de rodas (63,6%) possuía 11 ou + anos de prática enquanto que na natação apenas 26,3% possuía este tempo de prática. Os atletas de

natação apresentavam uma frequência mais dispersa no que diz respeito aos anos de prática sendo que os praticantes entre 5 e 10 anos eram os mais frequentes na nossa amostra (31,6%). No atletismo os atletas que praticam à menos tempo possuíam entre 1 a 4 anos de experiência, enquanto na natação 15,8% praticava à menos de 1 ano e 26,3% praticava à entre um e quatro anos.

Tabela 6: Frequências relativas - variável estado civil

Estado Civil	FREQUÊNCIA	%
CASADO	6	20
SOLTEIRO	21	70
DIVORCIADO	1	3,3
UNIÃO DE FACTO	2	6,7
TOTAL	30	100

Em relação à variável estado civil, os Solteiro representaram uma elevada percentagem dos inquiridos com 70% da amostra (n=21), os Casado apresentaram uma incidência de 20% da amostra (n=6), seguiram-se os inquiridos a viver em União de Facto com 6,7% da amostra, enquanto que os restantes 3,3% eram divorciados.

Tabela 7: Frequências relativas – variável profissão (Escala de Warner)

Profissão	FREQUÊNCIA	%
NÍVEL 1	1	3,3
NÍVEL 2	7	23,3
NÍVEL 3	2	6,7
NÍVEL 4	8	26,7
NÍVEL 5	0	0
DESEMPREGADOS	3	10,0
ESTUDANTES	9	30,0
TOTAL	30	100

Relativamente à profissão dos atletas inquiridos no presente estudo, verificámos que 10% estava desempregado e 30% era estudantes (n=9). Dos restantes elementos da amostra 3,3% ocupavam o nível 1 da Escala de Warner, referente a posições de alta-administração ou doutores, 23,3% situava-se no nível 2 correspondente a licenciados com posição média, 6,7% no nível 3 (proprietários de pequenos negócios) e 26,7% no nível 4 que inclui operários e trabalhadores qualificados/especializados.

Tabela 8: Frequências relativas - variável origem da deficiência

ORIGEM DA DEFICIÊNCIA	FREQUÊNCIA	%
CONGÊNITA	8	26,7
ADQUIRIDA	22	73,3
TOTAL	30	100

De acordo com os resultados apresentados na tabela 8, podemos afirmar que 26,7% dos indivíduos (8 num total de 30) adquiriram a deficiência numa fase pré-natal ou natal (deficiência congênita) e 73,3% dos indivíduos (n=22) adquiriram a deficiência numa fase pós-natal (deficiência adquirida).

Tabela 9: Frequências relativas - variável tipo de deficiência

TIPO DE DEFICIÊNCIA	FREQUÊNCIA	%
PARAPLEGIA	6	20,0
TETRAPLEGIA	1	13,3
POLIOMIELITE	5	16,7
SPINA BÍFIDA	1	3,3
AMPUTAÇÃO	13	43,3
OUTRAS	4	13,3
TOTAL	30	100

No que diz respeito ao tipo de deficiência e analisando a tabela 9 podemos constatar que os indivíduos amputados representavam a maior percentagem da amostra com 43,3% (n=13), apresentando-se a paraplegia como o tipo de deficiência de 20% dos inquiridos. A poliomielite apresenta uma incidência de 16,7%, seguida de outro tipo de deficiências motoras não associadas a paralisia cerebral em 13,3% dos atletas. A spina bífida e a tetraplegia apresentaram uma incidência de 3,3% cada, na amostra global.

Tabela 10: Frequências relativas - variável tempo de lesão

TEMPO DE LESÃO	FREQUÊNCIA	%
0-4 ANOS	0	0
4-10 ANOS	9	30
+10 ANOS	21	70
TOTAL	30	100

Como se pode constatar com base na análise da tabela 10, a lesão da maioria dos atletas da amostra (70%) ocorreu à mais de 10 anos, sendo que os restantes atletas da amostra (30%) possuíam as respectivas lesões à mais de 4 anos mas menos de 10. Note-se que nenhum dos atletas inquiridos tinha um tempo de lesão inferior a 4 anos.

1.2 ESTUDO COMPARATIVO DOS VALORES MÉDIOS RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS DEPENDENTES

Quadro 2: Análise Comparativa dos valores médios relativos à Autoestima Global em grupos com deficiência

	NOSSO ESTUDO (2005)		FERREIRA E FOX (2004)		MARGATO E FERREIRA (2004)		MACHADO E FERREIRA (2004)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
FEMININO	n = 4		n = 5		n = 9		n = 8	
AUTOESTIMA GLOBAL	40,00	0,82	23,60	2,88	30,00	4,06	32,38	6,78
MASCULINO	n = 26		n = 59		n = 37		n = 14	
AUTOESTIMA GLOBAL	24,81	1,47	23,56	3,45	30,95	4,07	34,07	3,52

O quadro 2 apresenta uma síntese relativa à média de valores de Autoestima Global obtidos em estudos recentes realizados em grupos com deficiência e que foram realizados com base na utilização da Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).

De referir que o N e as médias de idade, embora algo semelhantes no género feminino, sejam diferentes nos quatro estudos. Ferreira e Fox (2004) baseou o seu estudo numa amostra de sessenta e quatro indivíduos, 5 do género feminino com uma média de idades de $33,00 \pm 8,25$ anos e 59 indivíduos do género masculino com uma média de idades de $32,80 \pm 11,34$ todos praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. Por sua vez Margato e Ferreira (2004) utilizaram uma amostra de 46 indivíduos com paralisia cerebral, praticantes de Boccia, Futebol e Natação, sendo 9 do género feminino com uma média de idades de $34,22 \pm 6,28$ e 37 do género masculino com uma média de $27,65 \pm 8,92$. Por fim, Machado e Ferreira (2004) basearam o seu estudo, entre outras, numa amostra de atletas de 22 indivíduos praticantes de Natação Adaptada, sendo 8 do género feminino com uma média de idades de $26,18 \pm 5,67$ anos e 14 do género masculino com uma média de $25,51 \pm 6,17$ anos de idade.

Ao analisarmos o quadro constatamos que os valores médios obtidos pelo nosso estudo, em maratonistas e nadadores com deficiência motora com uma média de idades no género feminino de $33,25 \pm 9,74$ e no género masculino de $27,62 \pm 7,90$ anos de idades, no que se refere à Autoestima Global é superior, no sexo feminino, a qualquer um dos outros estudos apresentados. Já no sexo masculino a média dos valores é apenas superior aos scores obtidos por Ferreira e Fox, apresentado-se inferior aos restantes estudos realizados em populações com uma média de idades semelhantes à da amostra do presente estudo. Refira-se ainda que, quer nos atletas do sexo feminino, quer nos

atletas do sexo masculino, os valores de desvio padrão obtidos neste estudo são inferiores aos dos restantes estudos apresentados.

Quadro 3: Análise Comparativa dos valores médios relativos às Autopercepções no domínio físico em grupos com deficiência

	NOSSO ESTUDO (2005)		FERREIRA E FOX (2004)		MACHADO E FERREIRA (2004)	
FEMININO	n =4		n=5		n=8	
	M	DP	M	DP	M	DP
ATRACÇÃO CORPORAL	16,00	4,76	14,00	5,15	13,75	4,03
FORÇA FÍSICA	16,25	2,06	18,40	3,91	13,88	4,76
AUTOVALORIZAÇÃO FÍSICA	16,25	3,95	15,40	3,65	15,00	4,63
MASCULINO	n =26		n=59		n=14	
ATRACÇÃO CORPORAL	16,58	2,97	15,00	3,30	15,43	2,82
FORÇA FÍSICA	16,04	3,12	16,37	3,06	16,07	3,22
AUTOVALORIZAÇÃO FÍSICA	17,77	4,02	16,59	3,63	16,71	3,54

O quadro 3 apresenta uma síntese relativa à média dos scores obtidos por diferentes autores (Ferreira & Fox, 2004; Machado & Ferreira, 2004), num conjunto de estudos realizados no âmbito da avaliação das Autopercepções em praticantes desportivos com deficiência motora.

A escolhas destes estudos para este exercício comparativo deve-se ao facto de, para além de serem estudos bastante recentes ter sido utilizado, em ambos, o mesmo instrumento mais precisamente o Physical Self-Perception Profile (versão portuguesa – PSPPp). No entanto, por no nosso estudo ter sido utilizado o modelo de 3 factores sugerido por Fonseca e Fox (2002) e Ferreira e Fox (2002b, 2003) em alternativa ao modelo de 4 factores originalmente proposto por Fox e Corbin (1989) não foi possível comparar a confiança física, visto esta ser uma dimensão conjugada da competência desportiva e da condição física, razão pela qual não se encontra no quadro.

Ao analisarmos o quadro, verificámos que os valores médios nos subdomínio da atracção corporal e autovalorização física do PSPPp, quer das atletas femininas, quer

dos atletas masculinos do nosso estudo, são superiores às das restantes amostras de praticantes de desporto adaptado apresentadas no quadro .

Quanto à força física, observamos que no sexo feminino os valores por nós encontrados são inferiores aos obtidos por Ferreira e Fox (2004) mas superiores aos de Machado e Ferreira (2004). Já no sexo masculino, o presente estudo é aquele que apresenta valores médios inferiores, no que se refere à Autopercepção da força física, comparativamente com restantes estudos em questão.

Quadro 4: Análise Comparativa dos valores médios relativos à Imagem Corporal em grupos com deficiência

	NOSSO ESTUDO (2005)		MARGATO E FERREIRA (2004)		MACHADO E FERREIRA (2004)	
FEMININO	n =4 (33,25 ± 9,74)		n=9 (34,22 ± 6,28)		n=8 (26,18± 5,67)	
	M	DP	M	DP	M	DP
ACCESS_RETRAI	12,25	0,50	11,14	2,68	13,50	2,07
SAT_INSAT	13,25	1,71	13,50	1,29	14,50	1,07
ACT_PASS	15,50	1,29	14,57	2,79	15,00	1,52
RELAX_TENS	9,50	2,38	10,07	1,44	9,25	1,04
MASCULINO	n =26 (27,62 ± 7,90)		n=37 (27,65 ± 8,92)		n=14 (25,51± 6,17)	
ACCESS_RETRAI	12,31	2,43	12,18	1,97	12,29	0,83
SAT_INSAT	14,04	1,84	14,10	2,46	14,64	1,50
ACT_PASS	18,96	1,59	17,96	2,83	17,29	2,27
RELAX_TENS	10,23	1,75	10,38	1,70	10,43	2,03

Apresentamos no quadro 4 uma síntese relativa à média dos scores obtidos por diferentes autores (Margato & Ferreira, 2004; Machado & Ferreira 2004) em todas as dimensões da Imagem Corporal. Margato e Ferreira (2004) utilizaram uma amostra de n= 9 inquiridos do género feminino e 37 do género masculino com uma média de idades de, respectivamente $34,22 \pm 6,28$ anos de idade e $27,65 \pm 8,92$ anos de idade.

Procedendo à análise do respectivo quadro constatámos que na dimensão Actividade/Passividade é o nosso estudo o que apresenta valores médios mais elevados independentemente do género, o que também se verifica na dimensão

Acessibilidade/Retraimento no caso específico dos atletas masculinos. Pelo contrário, na dimensão Satisfação/Insatisfação os valores médios obtidos no presente estudo são inferiores aos dos restantes estudos, bem como os obtidos na dimensão Relaxamento/Tensão, mas apenas no que diz respeito aos indivíduos do sexo masculino.

4.1.3 ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES EM ESTUDO

Começaremos por apresentar os valores relativos às variáveis dependentes em estudo, referindo os valores obtidos em termos de mínimo, máximo, média e desvio padrão relativos às variáveis dependentes Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal.

Tabela 11 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP
CONFIANÇA FÍSICA	30	10,00	24,00	17,70	3,74
ATRACÇÃO CORPORAL	30	9,00	23,00	16,50	3,16
FORÇA FÍSICA	30	10,00	24,00	16,07	2,97
AUTOVALORIZAÇÃO FÍSICA	30	9,00	24,00	17,57	3,98
ACESS_RETRAI	30	7,00	20,00	12,30	2,26
SAT_INSAT	30	11,00	21,00	13,93	1,82
ACT_PASS	30	14,00	21,00	18,50	1,94
RELAX_TENS	30	7,00	15,00	10,13	1,81
AUTOESTIMA GLOBAL	30	29,00	41,00	37,30	3,74

Em seguida iremos descrever as variações existentes nas diferentes variáveis dependentes consideradas para este estudo (Autoestima Global, Autopercepções no domínio físico e Imagem Corporal) em função das variáveis independentes.

Tabela 12 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função do género

Género	FEMININO		MASCULINO	
	M	DP	M	DP
CONFIANÇA FÍSICA	15,75	4,35	18,00	3,64
ATRACÇÃO CORPORAL	16,00	4,76	16,58	2,97
FORÇA FÍSICA	16,25	2,06	16,04	3,12
AUTOVAL. FÍSICA	16,25	3,95	17,77	4,02
ACCESS_RETRAI	12,25	0,50	12,31	2,43
SAT_INSAT	13,25	1,71	14,04	1,84
ACT_PASS	15,50	1,29	18,96	1,59
RELAX_TENS	9,50	2,38	10,23	1,75
AUTOESTIMA GLOBAL	40,00	0,82	36,88	2,93

A análise da tabela 12 permite-nos constatar que os atletas do género masculino obtiveram valores superiores às atletas do sexo feminino nas diversas dimensões do Autoconceito Físico, com excepção para a força física onde, embora os rapazes possuam um desvio padrão superior às raparigas, estas atingiram valores médios ligeiramente superiores (16,25 contra 16,04).

No que diz respeito à Imagem Corporal os atletas do sexo masculino alcançaram valores médios superiores aos praticantes do sexo feminino, verificando-se precisamente o oposto no que se refere à Autoestima Global.

Tabela 13 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função do grupo etário

GRUPO ETÁRIO	8-20 ANOS		21-40 ANOS		41-60 ANOS	
	M	DP	M	DP	M	DP
CONFIANÇA FÍSICA	17,60	4,72	17,87	3,71	16,00	2,83
ATRACÇÃO CORPORAL	15,80	2,68	16,78	3,33	15,00	2,83
FORÇA FÍSICA	15,00	2,00	16,48	3,17	14,00	0,00
AUTOVAL. FÍSICA	17,20	4,32	17,78	4,13	16,00	1,41
ACCESS_RETRAI	12,60	0,89	12,30	2,55	11,50	0,71
SAT_INSAT	13,60	0,89	14,00	2,04	14,00	0,00
ACT_PASS	19,40	1,52	18,39	1,78	17,50	4,95
RELAX_TENS	10,60	1,14	10,17	1,95	8,50	0,71
AUTOESTIMA GLOBAL	36,40	2,88	37,57	2,78	36,50	6,36

Na tabela 13 podemos verificar que o grupo etário dos 21 aos 40 anos é aquele que possui valores médios de auto percepção no domínio físico mais elevados, bem como de Autoestima Global. Note-se que os escalões etários dos 8 aos 20 anos e o dos 41 aos 60 anos possuem valores médios muito semelhantes, embora apresentem desvios padrão bem distintos, com o grupo etário dos mais idosos a obter valores superiores.

No que diz respeito à Imagem Corporal e de acordo com a análise da tabela apresentada, os mais jovens parecem ser os que têm uma percepção da imagem corporal mais positiva o que é comprovado através dos valores obtidos em três das quatro dimensões deste constructo. A excepção vai para a dimensão Satisfação / Insatisfação onde os indivíduos da amostra com mais de 20 anos obtêm valores superiores.

Tabela 14 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função da modalidade

MODALIDADE PRATICADA	ATLETISMO		NATAÇÃO	
	M	DP	M	DP
CONFIANÇA FÍSICA	16,64	3,59	18,32	3,79
ATRACÇÃO CORPORAL	15,18	2,82	17,26	3,16
FORÇA FÍSICA	15,64	4,01	16,32	2,26
AUTOVAL. FÍSICA	16,55	4,55	18,16	3,61
ACCESS_RETRAI	13,09	2,47	11,84	2,06
SAT_INSAT	14,82	2,36	13,42	1,22
ACT_PASS	19,00	1,84	18,21	1,99
RELAX_TENS	10,27	1,95	10,05	1,78
AUTOESTIMA GLOBAL	36,55	3,59	37,74	2,49

Após analisar a tabela 14 podemos constatar que os valores médios relacionados com o Autoconceito Físico e com a Autoestima Global são mais elevados nos indivíduos praticantes de natação do que nos maratonistas em cadeira de rodas. Pelo contrário, nas diversas dimensões da Imagem Corporal, a amostra recolhida junto dos praticantes de atletismo revela valores médios superiores aos obtidos pelos nadadores.

Tabela 15 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função dos anos de prática

ANOS DE PRÁTICA	ATÉ 1ANO		1-4 ANOS		5-10 ANOS		11 OU + ANOS	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
CONFIANÇA FÍSICA	16,67	2,08	18,00	3,42	18,38	3,42	17,33	4,64
ATRACÇÃO CORPORAL	16,33	1,53	16,14	2,61	15,88	4,19	17,17	3,19
FORÇA FÍSICA	16,67	2,31	16,00	1,53	14,75	3,58	16,83	3,30
AUTOVAL. FÍSICA	15,67	1,15	17,86	3,13	17,13	4,19	18,17	4,84
ACESS_RETRAI	12,00	2,00	11,57	2,64	13,38	2,97	12,08	1,44
SAT_INSAT	13,67	2,31	13,43	1,62	14,88	2,59	13,67	1,07
ACT_PASS	17,33	2,52	18,71	1,98	18,38	2,39	18,75	1,60
RELAX_TENS	8,33	2,31	9,86	1,07	11,00	2,45	10,17	1,34
AUTOESTIMA GLOBAL	37,67	2,08	36,00	2,71	36,13	4,09	38,75	1,71

A análise da tabela 15 leva-nos a concluir nos valores médios obtidos através do SPSSp e que dizem respeito à Autopercepção no domínio físico, os praticantes entre 5 e 10 anos apresentam os valores mais elevados de confiança física e atracção corporal mas representam o mais baixo na força física. Saliente-se ainda que os inquiridos que praticam à mais tempo são os que apresentam níveis mais elevados de Autovalorização Física.

Relativamente às 4 dimensões que constituem a Imagem Corporal, os resultados são ligeiramente mais elevados nos caso dos praticantes entre os 5 e os 10 anos, à excepção do factor Actividade / Passividade onde os seus valores estão um pouco abaixo dos alcançados quer pelo grupo praticante de 1 a 4 anos, quer pelo grupo com mais de 11 anos de prática. No que se refere à Autoestima o grupo que apresenta médias superiores é aquele constituído por atletas mais antigos (11 ou + anos), seguido pelo grupo que agora iniciou a prática desportiva (até 1 ano).

Tabela 16 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função da origem da deficiência

ORIGEM DEFICIÊNCIA	CONGÉNITA		ADQUIRIDA	
	M	DP	M	DP
CONFIANÇA FÍSICA	17,13	4,29	17,91	3,61
ATRACÇÃO CORPORAL	15,88	4,49	16,73	2,62
FORÇA FÍSICA	15,13	3,00	16,41	2,95
AUTOVAL. FÍSICA	17,25	4,65	17,68	3,82
ACESS_RETRAI	12,25	1,91	12,32	2,42
SAT_INSAT	14,00	1,07	13,91	2,04
ACT_PASS	18,00	1,51	18,68	2,08
RELAX_TENS	10,63	1,19	9,95	1,99
AUTOESTIMA GLOBAL	38,38	2,26	36,91	3,10

Através da análise da tabela 16 podemos observar que todas as dimensões do Autoconceito Físico, apresentam valores médios mais elevados em atletas com deficiência adquirida. Já no que diz respeito aos factores da Imagem Corporal e à Autoestima Global estas apresentam valores superiores nos indivíduos com deficiência congénita, com excepção para o factor Actividade / Passividade, onde os valores são inferiores aos obtidos pelos praticantes com deficiência adquirida.

Tabela 17 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função do tempo de ocorrência da lesão

TEMPO DE LESÃO	4-10 ANOS		+ 10 ANOS	
	M	DP	M	DP
CONFIANÇA FÍSICA	17,78	3,53	17,67	3,92
ATRACÇÃO CORPORAL	17,33	2,55	16,14	3,38
FORÇA FÍSICA	16,33	2,60	15,95	3,17
AUTOVAL. FÍSICA	18,00	3,71	17,38	4,17
ACCESS_RETRAI	11,56	2,55	12,62	2,11
SAT_INSAT	13,44	1,33	14,14	1,98
ACT_PASS	18,89	2,20	18,33	1,85
RELAX_TENS	9,56	2,13	10,38	1,66
AUTOESTIMA GLOBAL	36,11	2,98	37,81	2,84

No que se refere à influência do tempo de lesão podemos constatar, através da análise da tabela 17, que os atletas que sofreram a lesão à mais de 10 anos apresentam valores mais elevados de Autoestima Global e de Autoconceito Físico nas dimensões de Confiança Física e Atracção Corporal mas que, pelo contrário, obtêm valores inferiores aos atletas com lesões mais recentes nas dimensões Força Física e Autovalorização Física. Quanto à Imagem Corporal esta apresenta valores médios superiores nos inquiridos com lesões ocorridas à mais de 10 anos em três dos quatro factores, sendo o factor Actividade / Passividade a única excepção.

Tabela 18 : Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função do tipo de deficiência

ORIGEM DEF.	PARAPLEGIA		TETRAPLEGIA		POLIO		SPINA BIFIDA		AMPUTADOS		OUTRAS	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
CONFIÁ. FÍSICA	17,33	3,14	19,00	*	18,00	3,54	18,00	*	17,31	4,50	18,75	4,27
ATRACÇÃO CORP	17,17	1,47	13,00	*	15,60	2,70	9,00	*	16,69	2,95	18,75	4,03
FORÇA FÍSICA	17,00	4,38	16,00	*	15,60	2,51	10,00	*	16,00	2,65	17,00	1,15
AUTOVAL. FÍSICA	17,67	5,72	16,00	*	18,00	2,00	11,00	*	17,23	3,56	20,00	4,32
ACESS_RETRAI	12,33	1,97	12,00	*	12,80	0,84	14,00	*	12,31	2,93	11,25	2,22
SAT_INSAT	13,50	1,52	16,00	*	14,20	1,30	15,00	*	14,08	2,36	13,00	0,00
ACT_PASS	17,67	2,07	16,00	*	18,00	2,35	17,00	*	19,31	1,55	18,75	2,22
RELAX_TENS	9,17	1,83	11,00	*	8,80	1,30	10,00	*	10,85	1,91	10,75	1,26
AUTOESTIMA GLOBAL	36,83	2,79	35,00	*	39,60	1,14	40,00	*	36,08	3,28	39,00	1,41

* Não foram apresentados valores de desvio padrão (DP), visto apenas existir um sujeito com o tipo de def. indicado

Na tabela 18 podemos verificar que os indivíduos com poliomielite foram os que apresentaram valores médios mais elevados de Autoestima Global. Já no que diz respeito às Autopercepções no Domínio Físico os valores mais elevados são alcançados com os nadadores com outras lesões que não as indicadas. Neste constructo destaque ainda para os valores médios bastante baixos no domínio Atracção Corporal (9,00), Força Física (10,00) e Autovalorização Física (11,00) registados no grupo de atletas com Spina Bífida. No entanto, este grupo é o que apresenta os valores médios mais elevados no factor Acessibilidade/Retraimento da Imagem Corporal. Os valores encontrados podem dever-se ao número reduzido de indivíduos com esta deficiência presentes no nosso estudo (n =1).

No que se refere à Imagem Corporal os amputados foram os inquiridos com valores médios superiores quer no factor Actividades/Passividade, quer no factor Relaxamento/Tensão. Quanto ao factor Satisfação/Insatisfação, foram os atletas com Tetraplegia os que apresentaram valores mais elevados.

4.2- ESTATÍSTICA INFERENCIAL DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Vamos de seguida analisar os resultados da comparação das variáveis dependentes do nosso estudo, em função dos diferentes grupos em análise, através do recurso a técnicas estatísticas t de Student e One Way Anova. A análise dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos utilizados permite fazer inferências sobre a população de forma a conjecturar conclusões válidas para a presente investigação.

Tabela 19 : Grau de significância do teste T relativo às dimensões da Imagem Corporal e da Autoestima Global em função da variável género

	F	t	df	Sig. (2-tailed)
ACT_PASS	0,732	- 4,137	28	0,000
AUTOESTIMA GLOBAL	5,041	4,420	18,127	0,000

Analisando a tabela 19, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e género masculino na dimensão Actividade / Passividade ($p = 0,000$) da Imagem Corporal e na Autoestima Global ($p = 0,000$), para uma probabilidade de erro associada a $p < 0,01$, sendo portanto esta diferença altamente significativa.

Tabela 20 : Grau de significância do teste T relativo às dimensões do Autoconceito Físico em função da variável modalidade praticada

	F	t	df	Sig. (2-tailed)
ATRACÇÃO CORPORAL	0,920	-1,805	28	0,082
SAT_INSAT	2,115	2,151	28	0,040

Através da análise da tabela 20, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os praticantes de maratona em cadeira e rodas e os nadadores no factor Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal, para uma probabilidade de erro associada a $p \leq 0,05$.

Ainda no que se refere à variável modalidade praticada e apesar de não poder ser considerado uma diferença estatisticamente significativas, gostaríamos no entanto de destacar o valor obtido pela dimensão Atracção Corporal do PSPPp ($p = 0,082$), que para uma probabilidade de erro de ($p \leq 0,05$) e devido à dimensão reduzida da nossa amostra (11 maratonistas e 19 nadadores) deve ser considerado como um valor marginal significativo.

Tabela 21 : Grau de significância da análise de variância (Anova) relativo às dimensões do Autoconceito Físico em função do tipo de deficiência

	F	Sig.
ATRACÇÃO CORPORAL	2,379	0,069

Dado o reduzido número de sujeitos da nossa amostra podemos afirmar que foram encontradas diferenças marginais ($p \leq 0,069$) na dimensão Atracção Corporal do Autoconceito físico, em função do tipo de deficiência. Deste modo, podemos assim equacionar-se a possibilidade de existirem diferenças estatisticamente significativas em amostras de dimensão superior à utilizada neste estudo, entre os indivíduos tetraplégicos e os indivíduos com outros tipos de deficiência motora no que diz respeito à confiança na sua aparência e na atracção exercida pela sua figura.

CAPITULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo iremos proceder à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior. Esta discussão é o resultado de uma análise reflexiva e comparativa com os resultados obtidos em outros estudos analisados aquando da revisão da literatura, no sentido de melhor compreender os resultados do presente estudo e o contributo desta pesquisa em termos de investigação.

O objectivo do nosso estudo centrou-se na avaliação das Autopercepções do domínio físico, da Autoestima e da Imagem Corporal em grupos de atletas com deficiência motora. Assim e com base nos resultados obtidos através da estatística descritiva verificámos que 63,6% (n=19) dos inquiridos são praticantes de natação, enquanto que 36,7% (n=11) são praticantes de maratona em cadeira de rodas. No que diz respeito à variável género, dos 30 inquiridos, 13,3% são do género feminino (n= 4) e 86,7% são indivíduos do género masculino (n= 26). Refira-se que a totalidade dos inquiridos do género feminino é praticante de natação. A discrepância encontrada no número de indivíduos pertencentes ao género masculino e feminino vem comprovar a opinião sugerida por Sherril (1998) que refere que a deficiência motora é mais comum entre os homens do que entre as mulheres. O facto de, só recentemente, as mulheres terem iniciado a condução de veículos automóveis associado à constatação de que, no nosso país, os acidentes de viação e as quedas no local de trabalho, com principal incidência para acidentes na construção civil, são duas das principais causas de traumatismos vértebro-medulares (Pinheiro, 2003) podem, eventualmente, explicar a causa desta discrepância.

Tendo em conta os valores de média e desvio padrão dos scores relativos às diferentes dimensões do PSPPp encontradas no presente estudo, verificámos que o género masculino apresenta, na generalidade, valores médios superiores em relação ao género feminino embora estes não sejam susceptíveis de provocar diferenças estatisticamente significativas. Apesar disso, os resultados obtidos no nosso estudo são similares aos apresentados por estudos realizados em indivíduos sem deficiência motora (Fox & Corbin, 1989; Fox, 1990; Page et al., 1993; Hayes, Crocker & Kowalski 1999; Ferreira & Fox, 2003), onde o género masculino apresenta valores médios superiores aos apresentados pelo género feminino na maioria das subescalas do Autoconceito Físico e confirma a necessidade das análises das Autopercepções no domínio físico serem sistematicamente conduzidas pelo género (Fox, 1990). Contextualizando no

âmbito das populações especiais, a proposta de Fox (1990) para indivíduos sem deficiência, também se confirma em outros estudos realizados em indivíduos com deficiência motora (Ferreira & Fox, 2002 a, 2002b, 2003, Machado & Ferreira 2004, Margato & Ferreira 2004) o que nos leva a sugerir que o perfil de autopercepções por sexo, em indivíduos com deficiência motora possa seguir um perfil semelhante ao padrão encontrado em indivíduos sem deficiência. No nosso estudo a excepção a este facto é o subdomínio da Força Física onde, ainda que com uma diferença reduzida, os atletas do género feminino alcançaram valores médios superiores aos obtidos pelos atletas do género masculino. Apesar de raramente descritos na revisão da literatura, valores semelhantes tinham já sido obtidos por Ferreira (2004), quando comparou atletas femininos e masculinos com deficiência motora, praticantes de basquetebol em cadeira de rodas obtendo valores superiores na maioria das subescalas do Autoconceito físico, nas cinco atletas do género feminino.

Segundo Jackson e Marsh (1986) a participação desportiva de mulheres pode influenciar os tradicionais estereótipos sexuais, levando a mudanças no Autoconceito em áreas nas quais as mulheres têm normalmente níveis mais baixo, o que se poderá aplicar ao subdomínio da Força Física. Para além disso, o facto de ser reduzido o número de mulheres a praticar desporto de competição em Portugal poderá, eventualmente, provocar nestas uma maior percepção das suas capacidades físicas quando comparadas com mulheres sedentárias, resultando também numa sobrevalorização da Força Física.

Aceitamos assim a hipótese nula H_0 , refutando a hipótese H_1 , uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas ao Autoconceito Físico (Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física), em função da variável género.

No que se refere à análise descritiva da Imagem Corporal em função do género, verificamos que os atletas do género masculino apresentam valores médios superiores aos do género feminino em todas as dimensões da Imagem Corporal e que estas diferenças eram altamente significativas na dimensão Actividade / Passividade ($p = 0,000$). Os resultados por nós encontrados confirmam os resultados obtidos por Margato e Ferreira (2004) e por Machado e Ferreira (2004), segundo os quais os indivíduos do género masculino alcançavam valores médios superiores aos obtidos pelos indivíduos do género feminino nesta mesma dimensão da Imagem Corporal. Embora esta seja uma dimensão associada à eficiência física, energia e masculinidade, onde à partida os atletas

do género masculino obteriam valores mais elevados, note-se que todos os valores de significância alcançados são altamente significativos, com uma probabilidade de erro $p \leq 0,01$.

Assim sendo, aceitamos parcialmente a hipótese alternativa H_1 e refutamos a hipótese nula H_0 , uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre o factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal, em função da variável género.

Em relação à Autoestima Global, os valores mais elevados verificaram-se nos atletas do género feminino, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os praticantes do género feminino e os do género masculino, para uma probabilidade de erro de $p = 0,000$. Este valor pode ser interpretado como uma diferença altamente significativa. Apesar de este ser um resultado algo surpreendente, uma vez que foi raramente descrito anteriormente na revisão da literatura, confirma os valores obtidos por Ferreira e Fox (2004) quando analisaram a Autoestima Global, em função do género, em praticantes de basquetebol em cadeira de rodas.

No seu estudo Ferreira e Fox (2004) justificam os resultados alcançados tendo em conta que a nível global, as portuguesas apresentam uma reduzida taxa de participação no desporto organizado a nível federado, quando comparadas com os indivíduos do sexo masculino. Dados estatísticos a nível nacional demonstram que a participação do sexo feminino nas modalidades colectivas ronda os 7% enquanto que o sexo masculino apresenta um valor mais elevado de 24% (Marivoet, 2001). Considerando os valores apresentados e a maior taxa de incidência de deficiência motora no género masculino em Portugal poderá então aceitar-se que as senhoras que realizem numa prática desportiva regular tendem a valorizar ainda mais os seus corpos e a sua parte física o que se reflecte na sua Autoestima (Ferreira e Fox, 2004).

Para além deste aspecto, vários são os mecanismos descritos na literatura como tendo uma influência importante na melhoria da Autoestima em indivíduos com deficiência (Sherrill, 1997) e que se poderão aplicar ao nosso estudo. Assim, a formação da Autoestima é associada, em muitos estudos (Hopper, 1986), aos princípios da autoatribuição e da autoeficácia, baseados no pressuposto de que a melhoria dos skills motores constitui a melhor abordagem para a melhoria da Autoestima e do divertimento ao nível da prática da actividade física.

Desta forma e apesar de o nível competitivo não ter sido objecto de análise neste estudo poderá ser imprescindível referir que das 4 nadadoras entrevistadas, 2 estiveram presentes nos últimos Jogos Paraolímpicos (Atenas 2004) tendo ambas obtido

classificações entre os dez primeiros classificados e tendo uma delas, inclusivamente, alcançado o pódio. Tratando-se de uma amostra tão reduzida ($n = 4$) julgamos que este poderá ser um factor a ter em conta visto serem vários os autores que consideram que uma performance bem sucedida é muito importante para uma elevada auto-eficácia, sendo o nível competitivo um importante factor no bem-estar psicológico dos atletas (Bandura, 1984; Campbell & Jones, 1994; Campbell, 1995). Assim o elevado nível competitivo das atletas poderá ter contribuído para os resultados obtidos visto que estudos envolvendo a avaliação da Autoestima em indivíduos com deficiências físicas revelaram uma associação significativa entre o nível de participação no desporto e a Autoestima Global (Campbell & Jones, 1994; Crocker, 1993; Szyman, 1980). Outros estudos demonstraram ainda que atletas de nível internacional, com deficiência apresentavam valores médios de Autoestima mais elevados do que atletas de nível nacional, de nível regional e de nível recreacional (Campbell, & Jones, 1994).

Aceitamos então a hipótese alternativa H_1 , refutando a hipótese nula H_0 , uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas na Autoestima Global, em função da variável género.

Relativamente à modalidade praticada, verificámos que os nadadores apresentam valores médios mais elevados de Autoconceito físico que os maratonistas, atingindo na Atracção Corporal valores que, apesar de não poderem ser considerados estatisticamente significativas, se destacam no valor obtido ($p = 0,082$), podem para uma probabilidade de erro de ($p \leq 0,05$) e devido à dimensão reduzida da nossa amostra (11 maratonistas e 19 nadadores) ser considerado como um valor marginal significativo. Estes valores podem ser explicados devido ao facto de na natação o corpo ser o principal meio através do qual a actividade desportiva se desenvolve e exterioriza, podendo a participação afectar o Autoconceito Físico (Goodling & Asken, 1987; Greenwood, et al., 1990; Hedrick, 1985; Tamb & Blinde, 1996). Por outro lado, o facto de usarem constantemente um fato de banho reflecte bastante à vontade com o seu corpo e segundo Fox (1997) o modo como nos sentimos com a nossa imagem pública pode determinar e reflectir como nos sentimos connosco próprios em geral, reflectindo-se este facto em elevadas associações entre os valores de Autoconceito Físico e de Autoestima Global ao longo da nossa vida. No Autoconceito Físico isto verifica-se principalmente no que se refere à Atracção Corporal visto ser um domínio que avalia a percepção acerca da atracção exercida pela sua figura e a confiança na sua aparência

física. Tal como sugeriu Fox (1997) verifica-se uma elevada associação entre Autoconceito físico e Autoestima Global pois também neste último constructo os valores obtidos foram superiores no grupo de nadadores, embora as diferenças encontradas não fossem significativas

Aceitamos então parcialmente a hipótese alternativa 1H1, refutando a hipótese nula 1H0, dado que existem diferenças marginais entre o domínio Atracção Corporal do Autoconceito Físico, em função da variável modalidade praticada. Tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos (n=30), podemos considerar que estes valores marginais poderão vir a traduzir em outros estudos com amostras maiores valores de significância mais próximos de $p \leq 0,05$.

Quanto à Autoestima Global os resultados alcançados levam nos a aceitar a hipótese nula 2H0, refutando a hipótese alternativa 2H1, visto não existirem diferenças estatisticamente significativas na Autoestima Global em função da variável modalidade praticada.

Relativamente às quatro dimensões que constituem a Imagem Corporal, os resultados são mais elevados no grupo de maratonistas do que nos praticantes de natação. Esses valores atingem diferenças estatisticamente significativas no factor Satisfação/Insatisfação.

Saliente-se que a Imagem Corporal, é apenas um dos muitos factores que contribuem para a variação do Autoconceito geral, através da sua estrutura hierárquica e que integra diversos aspectos cognitivos, que incluem a nossa percepção e representação corporal, as nossas experiências corporais, aspectos emocionais relacionados com prazer ou desprazer, satisfação ou insatisfação, enfim, a forma como o indivíduo sente o corpo de acordo com a sua aparência e função.

De acordo com a revisão da literatura sendo a maratona uma modalidade por excelência aeróbia o nosso estudo confirma os resultados alcançados nas pesquisas realizadas que exploram os efeitos qualitativos que a participação em desportos competitivos de características aeróbias provocam nas autopercepções dos indivíduos com deficiência (Jackson & Fredickson, 1979; Monnazzi, 1982; Valliant et al., 1985; Greenwood, Dzewaltowski & French, 1990; Campbell, 1995; Blinde & Taub, 1996). O facto de os maratonistas alcançarem valores de Satisfação/Insatisfação tão elevados comparativamente com os nadadores, pode estar relacionado com os níveis limiares de exaustão exigidos numa prova tão longa como a maratona, conferindo-lhes níveis de confiança no desempenho do seu corpo que lhes transmitem percepções corporais

agradáveis. Outra justificação para estes níveis elevados de Satisfação/Insatisfação nos maratonistas poderia estar relacionado com o facto de os questionários lhes terem sido aplicados numa Prova Internacional, enquanto que os nadadores foram inquiridos num Campeonato Nacional. Estes resultados confirmam as considerações de outros autores que referem que a performance bem sucedida é muito importante para uma elevada auto-eficácia, sendo o nível competitivo um importante facto no bem-estar psicológico dos atletas (Bandura, 1984; Campbell & Jones, 1994; Campbell, 1995). Também Baptista (1995) verificou que atletas de alta competição possuem maior satisfação com a Imagem Corporal do que os participantes em programas de actividade física.

Aceitamos assim a hipótese alternativa 3H1, refutando a hipótese nula 3H0, dado que existem diferenças estatisticamente significativas entre o domínio Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal, em função da variável modalidade praticada.

Ainda comparando maratonistas e nadadores e quanto aos valores médios de Autoestima Global, embora as diferenças encontradas não fossem significativas, eram superiores no grupo de nadadores. Este facto leva-nos a aceitar a hipótese nula 2H0, refutando a hipótese alternativa 2H1, visto não existirem diferenças estatisticamente significativas em função da variável modalidade praticada.

No que concerne à variável origem da deficiência, quer no Autoconceito Físico e nas suas dimensões, quer nos factores Acessibilidade/ Retraimento e Actividade / Passividade da Imagem Corporal, os indivíduos com deficiência adquirida obtiveram valores médios superiores aos alcançados pelos indivíduos com deficiência congénita. Os resultados do presente estudo podem ser interpretados através da hipótese explicativa no âmbito da origem da deficiência denominada “crescer através de adversidades” (Glueckauf & Quittner, 1984; Sherrill et al., 1990, citado por Campbell, 1995) que considera que alguns indivíduos com disfunções adquiridas tendem a criar mecanismos de adaptação a uma nova realidade – a deficiência - que lhes estimula o desenvolvimento de uma identidade mais forte que depois de se adaptar à deficiência se generaliza a outras áreas, aumentando o autocontrolo e a autoconfiança, o que se pode repercutir em elevados níveis de Autopercepções no domínio físico (Sherril, 1990).

Quanto à Autoestima Global e aos factores Satisfação/Insatisfação e Relaxamento/Tensão estes apresentam valores médios superiores nos indivíduos com deficiência congénita. Em termos de Autoestima, o nosso estudo não suporta os

resultados de Wright (1983); Hopper (1984); Zoerink (1992), cit. in: Campbell, 1995, que mostram que quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada seria a Autoestima do indivíduo. O facto de nascer com uma incapacidade e ter de assumir essa identidade a partir do momento do diagnóstico poderá criar mecanismos alternativos os quais poderão ser encarados como guias de formação justificando os valores superiores de Autoestima em relação aos indivíduos com deficiência adquirida que, pelo contrário, após a lesão apresenta uma tendência para estabelecer comparações entre o “antigo-Eu” (antes da ocorrência da lesão) e o “novo-Eu” (após a ocorrência da lesão) que poderá eventualmente criar momentos de ruptura na construção de uma nova identidade.

Apesar dos resultados obtidos as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas pelo que aceitamos as hipóteses nulas 7H0, 8H0 e 9H0, refutando respectivamente as hipóteses alternativas 7H1, 8H1 e 9H1 uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas no Autoconceito Físico (Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física), Imagem Corporal e Autoestima Global em função da variável origem da deficiência.

Quanto à variável tipo de deficiência os atletas com outras deficiência motoras que não amputações, lesões medulares, poliomielite ou spina bífida apresentam valores médios superiores em todas as dimensões do Autoconceito físico. Saliente-se que no sub-domínio da Atracção Corporal e tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos (n=30), podemos considerar que os valores alcançados ($p \leq 0,069$) são marginais pois poderão vir a traduzir em outros estudos com amostras maiores valores de significância mais próximos de $p \leq 0,05$. Note-se que todos os atletas que relataram possuir outras lesões são praticantes de natação e que tal como já foi apresentado neste estudo se encontraram valores marginais significativos em função da modalidade praticada com os nadadores a alcançarem valores médios de Atracção Corporal Superiores.

As menores limitações físicas apresentadas por os atletas que não se incluíam em nenhuma das categorias de tipos de deficiências apresentadas nos questionários, da qual resulta a sua maior funcionalidade e conseqüente aumento de independência podem também ser consideradas como possíveis explicações para os valores alcançados. Segundo Taleporos e McCabe (2001) a deficiência física pode exercer uma influência adversa sobre os sentimentos relativos à atracção física e sexual resultando

em fortes sentimentos negativos face ao corpo em consequência do desconforto, vergonha, dependência e falta de aceitação face à deficiência, sendo portanto possível que os menos autónomos se sintam mais descontentes com o seu físico.

Aceitamos então parcialmente a hipótese alternativa 13H1, refutando a hipótese nula 13H0, dado que existem diferenças marginais entre o domínio Atracção Corporal do Autoconceito Físico, em função da variável tipo de deficiência. Tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos ($n = 30$), podemos considerar que estes valores marginais poderão vir a traduzir em outros estudos com amostras maiores valores de significância mais próximos de $p \leq 0,05$.

No que diz respeito à Imagem Corporal os valores médios superiores nas dimensões Acessibilidade/ Retraimento e Satisfação / Insatisfação foram alcançados pelo atleta com spina bífida, enquanto que nas dimensões Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão foram os atletas amputados a alcançarem valores superiores. Visto que apenas um atleta possuía spina bífida e tendo em conta que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da Imagem Corporal em função do tipo de deficiência aceitamos a hipótese nula 14H0, refutando a hipótese alternativa 14H1.

Quanto à Autoestima Global os valores inferiores foram obtidos pelos atletas tetraplégicos o que é suportado por Hoper, que no seu estudo realizado em 1984 identificou relações entre Autoestima e gravidade da lesão. Refira-se que da amostra do presente estudo a tetraplegia é a doença mais grave visto ter maiores implicações a nível de autonomia do que qualquer uma das outras. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função do tipo de deficiência pelo que aceitamos a hipóteses nula 15H0, refutando a hipótese alternativa 15H1.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos portadores de diferentes tipos de deficiências, importa referir que os valores médios de Autoestima Global atingidos pelos atletas com deficiência integrantes deste estudo foram bastante elevados (40,00 nas raparigas e 36,88 nos rapazes) quando comparados com a amostra D de indivíduos sedentários com deficiência motora utilizada por Machado e Ferreira em 2004 (27,44 nas raparigas e 30,38 nos rapazes). Os valores superiores de Autoestima em atletas poderá ser explicado segundo Batista (2000) pela riqueza das experiências sociais a que o praticante desportivo está sujeito durante o processo de treino e em todo o envolvimento do fenómeno desportista. No entanto, importa referir que Fox (2004) também refere que os efeitos da participação em

actividades físicas são provavelmente maiores em indivíduos com baixa Autoestima inicial, presumivelmente, indivíduos com deficiência motora (Cromer et al., 1990).

Relativamente à variável faixa etária verificámos que os valores médios relativos ao Autoconceito Físico e à Autoestima Global foram superiores no grupo etário dos atletas com idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos. Ainda que esta diferença não possa ser considerada estatisticamente significativa os resultados deste estudo suportam a ideia de que participar regularmente em actividades físicas e desportivas está moderadamente associado com Autopercepções físicas mais positivas (Fox, 2000), em particular a partir da fase final da adolescência em diante (Fox, & Corbin, 1989), (Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992).

Quanto à Autoestima Global os resultados encontrados são similares aos obtidos por Ferreira (2004) onde o grupo de adultos jovens apresenta valores de Autoestima Global mais elevados do que o grupo de adolescentes. Esta consonância é justificável se considerarmos que o período de adolescência é, segundo diversos autores, um período de grande instabilidade, representando uma transição dramática no desenvolvimento, a qual envolve alterações físicas de natureza pubertária, avanços relacionados com o bem como alterações ao nível das expectativas sociais do indivíduo (Harter, 1999; Sprinthall & Collins, 1999). À medida que vamos avançando neste período, uma importante aquisição possibilita compreender melhor as Autopercepções durante a adolescência, baseada no processo de desenvolvimento cognitivo e de maturação do sistema nervoso central que permite que o adolescente passe a ser capaz de diferenciar os seus atributos em “Eu’s” múltiplos e associados a diferentes papéis que lhe permitem expressar auto-avaliações mais específicas de um “Eu” multidimensional (Ferreira, 2004)

No que diz respeito à Imagem Corporal, os mais jovens (8 aos 20 anos) parecem ser os que apresentam uma percepção da Imagem Corporal mais positiva pois alcançam valores superiores em três das quatro dimensões deste constructo. A excepção vai para a dimensão Satisfação/ Insatisfação onde os indivíduos da mostra com mais de 20 anos obtêm valores superiores. As diferenças encontradas não podem, no entanto, ser considerados significativas.

Saliente-se que a Imagem Corporal, é apenas um dos muitos factores que contribuem para a variação do Autoconceito geral, através da sua estrutura hierárquica e que integra diversos aspectos cognitivos, que incluem a nossa percepção e representação corporal, as nossas experiências corporais, aspectos emocionais relacionados com

prazer e desprazer, satisfação e insatisfação, enfim a forma como o indivíduo sente o corpo de acordo com a sua aparência e função. Parece portanto lógico que os atletas mais novos possuam uma representação mental do seu corpo mais positiva quando comparada com a de atletas também portadores de deficiência mas de mais idade.

Por outro lado, o facto de possuírem valores médios de Satisfação/Insatisfação inferiores pode ser explicado considerando o período de integração dos indivíduos portadores com deficiência institucionalizado nas sociedades modernas, que levará os adolescentes à comparação com os seus pares sem deficiência na busca de uma identidade própria. Apesar de, segundo Harter (1988) os jovens atletas com deficiência motora apresentarem um padrão similar de Autoconceito quando comparados com atletas sem deficiência motora, no que diz respeito à Imagem Corporal Cromer et al., (1990) obtiveram resultados inferiores nas subescalas relativas à Imagem Corporal e autoimagem de adolescentes com deficiência motora quando comparados com adolescentes sem deficiência.

Relativamente à variável grupo etário aceitamos assim as hipóteses nulas 10H0, 11H0, 12H0, refutando assim as respectivamente as hipóteses alternativas 10H1, 11H1 e 12H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas no Autoconceito Físico (Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física), na Imagem Corporal e na Autoestima Global em função da variável grupo etário.

No que concerne às diferenças entre os anos de prática desportiva, verificámos que os atletas mais experientes (11 ou mais anos de prática) , apresentam valores médios mais elevados quer de Autoestima, quer na maioria das dimensões do Autoconceito Físico. A única excepção reporta-se à dimensão Confiança Física, onde os praticantes entre 5 e 10 anos alcançaram os valores mais elevados. Esta grupo alcançou ainda os valores mais elevados em todas as dimensões da Imagem corporal com excepção para a Actividade/ Passividade onde o grupo com mais de 11 anos de prática voltou a obter os valores mais altos. As diferenças obtidas não podem, no entanto, ser consideradas estatisticamente significativas.

Apesar disso os resultados obtidos são idênticos aos obtidos por Kramer et al. (1995) que revelaram que os atletas mais experientes possuem um Autoconceito/Autoestima maior do que os atletas inexperientes em áreas onde o Autoconceito está relacionado com as capacidades atléticas e com a Imagem Corporal.

No caso concreto da Autoestima o facto deste constructo assentar num sentido de competência, ligada à eficácia e aos processos de atribuições e comparações sociais (Well & Marwell, 1976), faz com que os atletas que vivenciaram um maior número de experiências sociais e atléticas atribuam o seu sucesso a causas internas e externas, o que poderá reflectir-se na sua Autoestima. Outro factor explicativo destes níveis superiores de Autoestima em praticantes de actividades desportivas poderá estar também na riqueza das experiências sociais a que o praticantes desportivo está sujeito durante o processo de treino e em todo o envolvimento do fenómeno desportivo (Batista, 2000).

Registe-se ainda que o grupo com menos de 1 ano de prática registou os valores mais baixos de confiança física e de autovalorização física o que leva a crer que a participação de pessoas com deficiência em actividades desportivas proporciona oportunidades para os indivíduos melhorarem as suas autopercepções tanto no domínio físico como no domínio social (Blinde & McClung, 1997).

Relativamente à variável anos de prática aceitamos assim as hipóteses nulas 16H0, 17H0, 18H0, refutando assim as respectivamente as hipóteses alternativas 16H1, 17H1 e 18H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas no Autoconceito Físico (Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física), na Imagem Corporal e na Autoestima Global em função da variável anos de prática desportiva.

CAPITULO VI – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

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

6.1 CONCLUSÕES

6.1.1 CONCLUSÕES DE CARÁCTER DESCRITIVO

A amostra deste estudo é composta por 30 indivíduos com deficiência motora praticantes regulares de actividade desportiva, dos quais 63,3% praticam natação e 36,7% praticam maratona em cadeira de rodas. Dos 30 inquiridos 13,3% são do género feminino (4 nadadoras) e 86,7% são indivíduos do género masculino (15 nadadores e 11 maratonistas). Esta discrepância vem comprovar não só que a deficiência motora é mais incidente nos homens do que nas mulheres, como também que a taxa de participação de atletas do género feminino em actividades desportivas no nosso país é inferior à de atletas do género masculino.

Relativamente à origem da deficiência, 26,7% dos indivíduos apresentam deficiência congénita e 73,3% dos indivíduos adquiriram a deficiência numa fase pós-natal. Esta incidência na nossa amostra vem comprovar que a maioria dos casos de deficiências motoras não associadas à paralisia cerebral ocorrem em acidentes após o nascimento causados principalmente por quedas em casa e no local de trabalho (construção civil) e acidentes de viação.

Depois de descrever as variações existentes nas diferentes variáveis dependentes consideradas para este estudo (Autoestima Global, Autopercepções no domínio físico e Imagem Corporal) em função das seguintes variáveis independentes, foi possível verificar que:

- **GÉNERO:** os atletas do género masculino alcançaram valores médios superiores na Imagem Corporal e no Autoconceito Físico, com excepção para a dimensão Força Física, verificando-se precisamente o oposto no que se refere à Autoestima Global onde as atletas do género feminino obtiveram valores mais elevados.

- **GRUPO ETÁRIO:** O grupo etário dos 21 aos 40 anos alcançou valores superiores de Autoconceito Físico, Autoestima Global e na dimensão Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal. Nas restantes dimensões da Imagem Corporal o grupo etário dos 8 aos 20 anos foi o que apresentou valores mais elevados.

- **MODALIDADE PRATICADA:** Os nadadores obtiveram valores mais elevados de Autoconceito Físico e Autoestima Global, enquanto os maratonistas apresentaram valores superiores de Imagem Corporal.

- **ANOS DE PRÁTICA:** O grupo mais experiente (11 ou + anos) alcançou os valores mais elevados de Autoestima Global e de Autoconceito físico com excepção para a dimensão Confiança Física onde os valores mais elevados foram alcançados pelo grupo com entre 5 a 10 anos de prática que também dominou em quatro das três dimensões da Imagem Corporal, tendo a excepção sido a dimensão Actividade/Passividade.

- **ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:** Os indivíduos com deficiência congénita demonstraram valores superiores de Autoconceito Físico, o mesmo se passando nas dimensões Acessibilidade/Retraimento e Actividade/Passividade da Imagem Corporal. Nas restantes dimensões da Imagem Corporal bem como na Autoestima Global os atletas com deficiência adquirida obtiveram valores superiores.

- **TIPO DE DEFICIÊNCIA:** Os valores médios mais elevados do Autoconceito Físico são alcançados pelos atletas com outras deficiências motoras que não as definidas no questionário. Os indivíduos com spina bífida reflectem valores superiores na Autoestima bem como nas dimensões Acessibilidade/Retraimento e Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal. Os amputados atingiram os valores mais elevados na dimensão Actividade/Passividade, enquanto os tetraplégicos apresentaram valores superiores na dimensão Relaxamento/Tensão, também da Imagem Corporal.

6.1.2 CONCLUSÕES DE CARÁCTER INFERENCIAL

De acordo com os objectivos definidos e segundo as hipótese formuladas na introdução do presente estudo, podemos confirmar que existem diferenças significativas:

- Na dimensão Actividade/Passividade da Imagem Corporal e na Autoestima Global, em função da variável género;

- Na dimensão Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal, em função da modalidade praticada;

Apesar de não poderem ser considerados valores estatisticamente significativos mas tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos (n=30), podemos considerar alguns valores alcançados como marginais, pois poderão vir a traduzir, em outros estudos com amostras maiores, valores de significância mais próximos de $p \leq 0,05$. Assim, podemos confirmar que existem diferenças marginais:

- Na dimensão Atracção Corporal do Autoconceito físico, em função da modalidade praticada;
- Na dimensão Atracção Corporal do Autoconceito físico, em função do tipo de deficiência;

6.1.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS

6.1.3.1 Limitações

Consideramos importante referir algumas dificuldades sentidas de forma a que em futuros estudos estas possam ser evitadas:

- Apesar do PSPPp ser um instrumento bastante conceituado e reconhecido na avaliação das autopercepções no domínio físico, encontrando-se inclusivamente adaptado e validado à população portuguesa a sua aplicação conjunta com mais dois instrumentos (BIQ e Escala de Autoestima de Rosenberg) poderá não ter resultado como esperávamos. Esta acabou por ser muito extensa e demorada levando a que a partir de certo ponto os atletas tivessem dificuldade em entender o que lhes estava a ser perguntado.
- O facto de haver um escasso número de estudos desenvolvidos nesta área considerando indivíduos sedentários, limitou consideravelmente a comparação de resultados entre estes e os praticantes de actividade desportiva.
- A fraca participação de indivíduos do género feminino em actividades desportivas no nosso país, impossibilitou-nos, ao contrário do que estava previsto, a criação de grupos homogéneos em termos de número de sujeitos por género.

1.3.2 **Recomendações**

Para que estudos posteriores, relacionados com a área do nosso estudo, possam contribuir, ainda de forma mais eficaz, para o desenvolvimento desta área de investigação, parece-nos importante salientar as seguintes recomendações:

- Incluir nas variáveis independentes o nível competitivo dos atletas e o seu grau de lesão, de forma a enriquecer o estudo do bem estar psicológico nesta população.
- Aplicar os inquéritos em provas do mesmo nível competitivo, independentemente da modalidade em estudo.
- Aplicação simultânea de todos os questionários antes da competição, evitando a influência do desempenho dos atletas nos resultados de Auto percepções obtidos.
- Aplicação do questionário antes e depois da prova de forma a aferir a influência da competição e dos resultados alcançados nesta nas Auto percepções do conceito físico, Autoestima Global e Imagem Corporal.
- Fazer um estudo ao nível das auto percepções no domínio físico, Autoestima Global e Imagem Corporal entre atletas e ex-atletas nas populações especiais.
- Equilibrar mais eficazmente as diferentes amostras podendo realizar-se o mesmo estudo com uma amostra maior, inclusive de outra nacionalidade, de forma comparar os resultados obtidos e a realizar um tratamento estatístico melhor padronizado.
- Aferir de que forma a personalidade e forma de pensar, no que diz respeito à problemática da deficiência, de parentes e amigos próximos, influencia as auto percepções no domínio físico, Autoestima Global e Imagem Corporal dos indivíduos com deficiência motora.

CAPITULO VII –BIBLIOGRAFIA

- Asci, E., Asci, A. & Zorba, E. (1999). Cross-cultural validity and reliability of physical self-perception profile. *International Journal of sport Psychology*, 30: 399-406.
- Auxter et al. (1993). *Adapted Physical Education and Recreation*. Seventer Edition, *Mosby Editor*.
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- Batista, P. (1995). Satisfação com a Imagem Corporal e Auto-Estima – Estudo Comparativo de Adolescentes Envolvidos em Diferentes Níveis de Actividade Física. Dissertação Apresentada no I Mestrado em Ciências do Desporto na Área de Especialização em Desporto de Crianças e Jovens, 23-75. Universidade do Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Baptista, P.M. (2000). Satisfação com a imagem corporal e autoestima - estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividade física. *Revista Horizonte*, 16, (91), 9-15.
- Baumeister, R. F. (1993). *Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. Plenum Press, New York.
- Benson, E., & Jones, G. (1992). Psychological implications of physical activity in individuals with physical disabilities. In T. Williams, L. Almond, & A. Sparkes (Eds.), *Sport and physical activity. Moving towards excellence* (pp. 278-283). London: Spon.
- Blinde, E., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the Physical and Social Self Through Recreational Activity: Accounts of Individuals with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- Brown, M., and Gordon, W.A. 1987. Impact of impairment on activity patterns of children. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 68: 828-32.

- Bruchon-Schweitzer, M.(1990). *Une psychologie du corps*. Paris: PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the Body- Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887-892.
- Burns, R. B. (1986). *The Self-Concept, Theory, Measurement, development and behaviour*. Essex: Longman
- Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.
- Byrne, B. M., e Shavelson, R. J. (1986). On the structure od adolescence self-concept. *Journal of Education Research*, 78 (6), pp.474-481.
- Campbell, E. (1995). Psychological Well-being of Participants in Wheelchair Sports Comparison of Individuals With Congenital and Acquired Disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- Campbell, R. N. (1984). *The new science: Self-esteem psychology*. Lanham, MD: University Press of America.
- Campbell, E., & Jones, G. (1994). Psychology Well-being in Wheelchair Sport Participants and Nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 404-415.
- Carless, D., & Fox, K. (2003). The Physical Self. In Everelt, T., Donaghy, M. & Feaver, S. (Eds.). *Interventions for Mental Health: An evidenced based approach for physiotherapists and occupational therapists* (pp. 69-81). London: Butterwoth-Heiseman.
- Castro, J. (1996). O Deficiente e o Desporto. *Revista Horizonte*, XIII (74), 26–30.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (1990). Body images: Development, deviance, and change.
- Cash, T.F.; & Brown, T. A. (1989); *Gender and body images: steorotypes and realities*; In: Sex roles; 21, 516, pp 361-373.
- Combs, R.H., and Harper, L.H. 1971. Effects of labels on attitudes of educators toward handicapped children. *Exceptional Children* 33: 399-403

- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of self-esteem*. San Francisco. W. H. Freeman & Co. Pubs.
- Cordeiro, S. (2004) – *Autopercepções no Domínio Físico – Estudo Realizado em crianças com idades compreendidas entre os 11 e 12 anos*. Dissertação de monografia em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra: Faculdade de ciências do Desporto e Educação Física.
- Davies, C. (1997). Body image, exercise and eating behaviours. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp.143-174). Champaign, IL: Human Kinetics.
- DePaw (1986). Research on sport for athletes with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3, 292-299.
- Descartes (s.d.). *Meditações de Filosofia Primeira*. Coimbra Almedina.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, (3), 542-575.
- Duda, J.L. (1998). *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or the theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 405-416.
- Faria, L & Fontaine, A. M. (1990). Avaliação do Conceito de Si Próprio de Adolescentes: Adaptação do SQDI de Marsh à População Portuguesa. IN: *Cadernos de Consulta Psicológica*. (25), 25 – 43
- Ferreira, J. P. (1997). *Desenvolvimento da Criança – Variante em Desenvolvimento Motor*. Dissertação de mestrado em Ciências do Desporto. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Ferreira, J. P. & Fox, K. R. (2004). *Self-perceptions and exercise in groups with special needs: preliminary analysis*. Paper presented at the I International Symposium of Exercise and Health Psychology, Coimbra.

- Ferreira, J. P., & Fox, K. R. (2002a). *Physical Self-Perceptions and Global Self-Esteem in Portuguese students* (vol. 2, p.959). Paper presented at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens, Greece.
- Ferreira, J. P., & Fox, K. R. (2002b). *Cross-cultural validity of a Portuguese version of Physical Self-Perception Profile* (vol.1, p.531). Paper presented at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens.
- Ferreira, J. P., & Fox, K. R.(2004). An investigation into the structure, reliability, and validity of a Portuguese version of the Physical Self- Perception Profile. Universidade de Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Ferreira, V. (1973). *Invocação ao meu Corpo*. Lisboa: 1973, pp. 283-290.
- Ferreira J. P. (2004) – *Physical Self-Perceptions in Wheelchair Sport Participants* - Dissertação de Doutoramento em Psicologia na Faculdade de Direito e Ciências Sociais da Universidade de Bristol.
- Fisher, S. (1990). *The evolution of Psychological Concepts about the Body*. In: CASH, T.F. & PRUZINSKY, T. *Body Images: development, deviance and change*, p. 03-20. New York: The Guilford Press,
- Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.
- Fleming, J. S., & Watts, W, A. (1980); *The dimensionality of self-esteem: Some results for a college sample*; In: *Journal of personality and social psychology*;39, pp. 921-929.
- Fonseca, A. M. *et al.* (1995). *Vrsão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP): O Perfil de Auto-Percepção Física (PSPPp)*. Trabalho não publicado. FCDEF. Universidade do Porto.
- Fonseca, P. N. (2003). *Auto-Percepções no domínio físico: estudo realizado em crianças e jovens na faixa etária 11-14 anos*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, 16-19.

- Fonseca, A.M., & Fox K.R. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, vol.2, 5, 11-23.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, Self-perceptions and Exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Fox, K. R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. *Advances in sport and exercise psychology measurement*. J. L. Duda (Ed.), Morgantown: Fitness Information Technology, Inc.: 295-310.
- Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 111-140). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Fox, K. R. (1990). *The Physical Self-Perception Profile Manual*. DeKalb, III: Office for Health Promotion. Northern Illinois University.
- Fox, K. R., & Corbin, C.B. (1989). The physical self-perception profile: development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11: 408-430.
- Fox, K. R. (1999). Public Health Nutrition. *The influence of physical activity on mental well-being*. Nutrition Society, pp. 441 – 418.
- Gallahue. (1989). Understanding motor development: Infants, children and adolescents. Indianapolis: Benchmark Press, Inc.
- Gecas, V. (1982). The Self Concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- Greenwood, C. M, Dzewaltowski, D. A., & French, R. (1990). Self efficacy and psychological well-being of wheelchair tennis participants and wheelchair nontennis participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 7, 12-21.
- Guthrie, S. (1999). Managing Imperfection in a Perfectionist Culture: Physical Activity and Disability Management Among Women with Disabilities. *National Association for Physical Education in Higher Education*, 51, 369-381.

- Guthrie, S., & Castelnovo, S. (2001). Disability Management Among Women With Impairments: The Contribution of Physical Activity. *Sociology of Sport Journal*, 18, 5-20.
- Guttman, L. 1976. *Textbook of sport for the disabled*. Aylesbury, Bucks, England: HM & M.
- Harter, S. (1985a). Competence as a dimension of self-evaluation: Towards a comprehensive model of self-worth. In R. Leahy (Ed.), *The Development of the Self* (pp. 55 – 121). New York: Academic Press
- Harter, S. (1983). Development Perspectives on the self-system, P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Socialization, personality and social development model*. New York: Wiley, 4: 275-385.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: toward a development model. *Human Development*, 1: 34-64.
- Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving the self-concept. In: Bracken B. A. (ed.) *Handbook of Self-concept: developmental, social, and clinical considerations*. Wiley, New York, pp. 1-37.
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-perception Profile for Adolescents*. Denver: CO: Author
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of self-concept in children. In J. Suls & Greenwald (eds.), *Psychological perspectives on the self*. (vol. 3, pp.136-182). Hillsdale, NJ: Elbaum.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53: 87-97.
- Hayes, S. D., Crocker, P., & Kowalski, K. (1999) Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: evaluation of the physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behaviour* 22 (1): 1-14

- Henschen, R., Horvat, M., & French, R. (1984). A visual comparison of psychological profiles between able-bodied and wheelchair athletes. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 1, 118-124.
- Hopper, C. (1986). Socialization of wheelchair athletes. In C. Sherrill (ed.), *Sport and disabled athletes – The 1984 Olympic Congress Proceeding* (vol.9). Champaign: IL: Human Kinetics
- Horvat, M. R., French, R., & Henschen, R. (1986). A Comparison of the psychological characteristics of male and female able-bodied and wheelchair athletes. *Paraplegia*, 24, 115-122.
- Huddy, D. C., Neiman, D. C., & Johnson, R., L. (1993). Relationship between body-image and percent body fat among college male varsity athletes and non-athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 851-857.
- Imrie, R. (1997). Rethinking the relationships between disability, rehabilitee, and society. *Disability and Rehabilitation*, 19,(7), 263-271.
- James, W. (1892). *Psychology: The briefer course*. New York: Henry Holt
- Jacob, J. (1994). A imagem corporal e os factores socioculturais, performance motora e sexo. *Revista Horizonte*, X (60), 211-217
- Kamal, A F. et al. (1995). *Self-esteem attributional components of athletes versus nonathletes. International Journal of Sport Psychology*, 26, 189 – 195
- Koleck, M., et al., (2002). The Body- Image Questionnaire: An extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 189-196.
- Lawlor, D.A. & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 322:763.
- Mahoney, E. R. & Finch, M. D. The dimensionality of body cathexis. *Journal of Psychology*, 92, 277-279.
- Machado, D. (2004) – *Autopercepções e Bem-Estar Psicológico nas Populações Especiais – Estudo Exploratório entre Praticantes e Não Praticantes de Natação com e*

sem Deficiência Motora. Dissertação de monografia em Ciências do Desporto e Educação Física. FCDEF-UC.

- Margato, M. (2004) – *Autopercepções e Bem-Estar Psicológico nas Populações Especiais – Estudo Exploratório com indivíduos paralisia cerebral com prática desportiva regular e ocasional*. Dissertação de monografia em Ciências do Desporto e Educação Física. FCDEF-UC.

- Marks, D. (1999). *Disability: controversial debates and psycho-social perspectives*. London: Routledge.

- Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

- Marsh, H. W. (1998). Age and Gender Effects in Physical Self- Concepts for Adolescent Elite Athletes and Nonathletes: A Multicohort – Multioccasion Desig. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 237-259.

- Marsh, H. W. (1997). The Measurement of Physical Self-Concept: A construct Validation Approach.. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 27-58). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

- Marsh, H. W., & Byrne, B. (1988). A multifaceted academic self-concept: its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology* 80 (3): 366-380.

- Marsh, H. W., & Jackson, S. A. (1986). *A Multidimensional Self-concepts, Masculinity and Femininity as a function of Women's Involvement in Athletics*". In: "sex Roles". 15:391-416.

- Marsh, H. W. & O'Neill, R. (1984). Self-Description Questionnaire III (SDQ III): The construct validity of multidimensional self-concept ratings by late-adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21, 153-174.

- Marsh, H. W., & Redmayne, R. S. (1994). A Multidimensional Physical Self-Concept and Its Relations to Multiple Components of Physical Fitness. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 16, 45-55.

- Marsh, H. W. & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-125.
- Marsh, H. W., Smith, I.D. (1983). Self-concept: Reliability, stability, dimensionality, validity and the measurement of change. *Journal of Educational Psychology*, 75, 772-790.
- Marsh, H. W., Barnes, J., Cairns, L. & Tidman, M. (1984). Self-Description Questionnaire: Age and Sex Effects in the Structure and Level of Self-Concept for Preadolescent Children. *Journal of Educational Psychology*, 76 (5): 940-956.
- Marsh, H. W., Smith, I. D., Barnes, J., & Butler, S. (1983). Self-concept: Reliability, stability, dimensionality, validity and the measurement of change. *Journal of Educational Psychology*, 75, 772-790.
- Marsh, H. W. & Peart, N. (1988). Competitive and cooperative physical fitness training programs for girls: Effects on physical fitness and on multidimensional self-concepts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 10, 390-407.
- Mayer, J.D. & Eisenberg, M.G. (1998). Mental representation of the body: Stability and change in response to illness and disability. *Rehabilitation Psychology*, 33 (3), 155-157.
- Morgan, W. P., & Goldston, S. N. (Eds.) (1987). *Exercise and mental health*, Washington, DC: Hemisphere.
- Morgan, W. P., & Pollock, M. L. (1977). Psychological characterization of the elite distance runner. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 301, 382-403.
- Murphy, G. (1947). *Personality: a biosocial approach to origins and structure*. Harper and Row, New York.
- Mutrie, N. (1997). The Therapeutic Effects of Exercise on the Self. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 287-314). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- Ninot, G., Fortes, M. & Delignieres, D. (2000). A psychometric tool for the assessment of the dynamics of the physical self. *European Journal of Applied Psychology (in press)*, 1-14.

- Paulhus, D. L. (1984). Two-components models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 349-354.
- Paulsen, P., French, R., & Sherrill, C. (1990). Comparison of wheelchair athletes and nonathletes on selected mood states. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 1160-1162.
- Piers, E.V (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology* 55 (2): 91-95.
- Rodrigues, D. (1981). A integração de um deficiente motor numa aula de Educação Física. *Revista Ludens*. Vol. 6, 1, 209
- Rosenberg (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic.
- Rosenborg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Santos, L., Graça, A. & Correia, C. (1994). *Introdução à Filosofia*. Lisboa: Editorial O Livro, p. 77.
- Sempere, I. (2000). *Autopercepção no domínio físico em atletas de deficiência motora: estudo em atletas praticantes de basquetebol em cadeira de rodas*. FCDEF. Universidade de Coimbra
- Shavelson, R. & Bolus R. (1992). *Self-concept: The interplay of theory and methods*. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3 – 19
- Shavelson, R., J., Hubner, J., & Stanton, G., C., (1976). Self-concept: validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46 (3): 407-441.
- Sherrill, C. (1998). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan*, (Fifth edition), United States of America: McGraw-Hill, pp. 631-646.
- Sherrill, C. (1997). Disability, Identity, and Involvement. In Sport and Exercise. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 252-286). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

- Snyder, E. (1984). Sports involvement for the handicapped: Some analytic and sensitizing concepts. *The Arena Review*, 8, 16-20.
- Sonstroem, R. et al. (1992). Perceived physical competence in adults: An examination of the Physical Self-Perception Profile. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14 (2), pp. 207 – 221
- Sonstroem, R. et al., (1994) Exercise and self-esteem : validity of model expansion and exercise associations. *Journal of sport and Exercise Psychology*, 16 (1), pp. 29-42.
- Sonstroem, R. J. (1997). Physical activity and self-esteem. In: Morgan WP (ed). *Physical activity and mental health*. Taylor and Francis, Washington DC. 124-143.
- Sonstroem, R. J. & Potts S.A. (1996). Life adjustment correlates of physical self-concepts. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28 (5): 619-625.
- Souza, P. (1994). O Esporte na Paraplegia e Tetraplegia, Editora Guanabara Koogan S.A, Rio de Janeiro, pp.15-30.
- Sparkes, C., & Smith, B. (2002). Sport spinal cord injury, and the construction of coherence: Narrative practice in action. *Qualitative Research*, 2 (2), 171-173.
- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality and Disability*, 19, (4), 293-308.
- Taylor, A. (2000). Physical activity stress and anxiety: A review. In S.J.H. Biddle, K.R.Fox, & S.H. Boutcher (Eds). *Physical activity and psychological well-being* (pp 88-111). London: Routledge.
- USDHHS. (1999). Mental health: A report of the Surgeon General – Executive summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance, Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health

- Van der Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P; Fox, K., Coppenolle, H. David, A., Pieters, G. & Peuskens, J. (2002). Assessment of physical self-perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 32: 855-863.
- Van der Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P; Fox, K., David, A, Morres, I., Coppenolle, A. & Pieters. (2002). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise*, 3: 309-322.
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do Autoconceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, 7,(2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Autoconceito. *Psychologica*, 1, 127 – 141
- Weinberg, R., & Gould, D. (1995). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Weinberg, R., & Gould, D. (2001). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. 2 ed. Artmed. Porto Alegre.
- Weiss, R. (1993). Psychological effects of intensive sport participation on children and youth: self-esteem and motivation. In B.R. Cahill & A. J. Pearl (Eds.), *Intensive participation in children's sports* (pp. 39-70). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Weiss, M. R. (1987). Self-esteem and achievement in children's sport and physical activity. In: D. Gould, e R. M. Weiss, (Eds.), *Advances in Pediatric Sport Sciences*. Vol. 2. Behavioral Issues. Human Kinetics: Champaign.
- Wells. E., & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: Its conceptualisation and measurement*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Winnick, J. (2000). *Adapted Physical Education and Sport*, (Third edition). Champaign, IL: Human Kinetics, pp. 182-192.
- Wylie, R. C. (1989). *Measures of self-concept*. University of Nebraska, Lincoln, NB.

- Wylie, R. C. (1979). *The self-concept, Volume 2: Theory and research on selected topics*. Lincoln: University of Nebraska.
- Wylie, R. C. (1974). The self-concept: A review of methodological differentiation. In: S. Wapner & H. Werner (Eds.). *The Bidy Precept*. New York. Random Houes.
- Zaichkowsky, L., & Martinek, T. (1980). *Growth and development: The child and physical activity*. St. Louis: C.V. Mosby Co.