

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 BREVE RESTROSPECTIVA HISTÓRICA DO AUTOCONCEITO

Desde sempre as referências que os indivíduos possuem acerca do “Eu”, desde às mais globais às mais específicas, isto é, as autopercepções, estiveram relacionadas com o comportamento individual. É por isso importante compreender o termo Autoconceito, a sua génese e evolução conceptual ao longo dos tempos. A origem deste conceito surge já no século XX, mas a definição deste termo não foi simples e linear, pelo contrário, muitos foram os autores que tiveram dificuldades em definir o conceito “Auto”. Assim, numa fase inicial teólogos e filósofos tiveram necessidade de recorrer a conceitos de natureza metafísica como «alma» e «espírito», seguindo uma perspectiva especulativa e não científica. Já Decartes (s.d.) dizia que “Portanto, eu sou, por precisão, apenas uma coisa pensante, isto é um espírito, ou uma alma, ou um intelecto, ou uma razão “. Nesta linha de pensamento Burns (1986) refere que o «Eu» é visto como “algo não físico num corpo físico”. Virgílio Ferreira (1973), contrapõe esta linha de pensamento idealista referindo que “o homem é espírito e corpo, ou realiza o espírito no corpo ou é um corpo espiritualizado”.

Surge então nos finais do século XIX, inícios do século XX, uma nova perspectiva proposta por James (1892), que ficou conhecido como tendo sido o primeiro a analisar o Autoconceito de um ponto de vista psicológico, uma vez que se esforçou em encontrar uma determinada unidade psicológica através da continuidade e consistência do comportamento. Este apresentou uma visão revolucionária do que era dito até à data sobre a construção do «Eu», “definiu a existência de um Eu empírico o qual possui três constituintes principais: o Eu material (possessão do próprio corpo), o Eu social (o reconhecimento social) e o Eu espiritual (faculdades psíquicas e disposições de cada indivíduo)”.

A combinação destes «Eus» iria definir a forma como cada indivíduo se auto-percepção, ou seja, o conhecimento do «Eu» passa pelo conhecimento de todos os seus constituintes, as suas emoções e os sentimentos por eles invocados, bem como os actos assumidos.

A obra de «Principles of Psychology» foi bastante importante na teorização e investigação deste conceito, uma vez que serviu de base para a maioria dos estudos realizados neste âmbito.

Mais tarde, Cooley (1912) e Mead (1934) apresentam modelos teóricos que relacionam o indivíduo com a Sociedade - «Eu-Social». Segundo este autor, aprendemos a ver e a julgar-nos a nós mesmos, conforme imaginamos que os outros nos vêem ou nos julgam, teoria do «Eu Espelho». O Autoconceito transforma-se assim num fenómeno de espelho, em que o indivíduo ao ver-se a si próprio tende a observar-se como os outros o olham (Vaz Serra, 1986). Mead (1934) refere que existem tantos «Eus» quantos os papéis sociais que cada indivíduo desempenha.

O Autoconceito é pois, o resultado final de juízos de valor relativos, que têm uma importância considerável no ajustamento do indivíduo ao meio ambiente em que se encontra, dependendo fundamentalmente do «Eu» Social (Vaz Serra, 1986). Ainda assim, segundo Marsh e Shavelson (1985), o Autoconceito de um indivíduo embora seja influenciado pela comunidade na qual o sujeito vive, é essencialmente, uma “decisão” pessoal, o que faz com que não seja previsível.

Numa fase posterior surgem as Teorias Behavioristas, que trouxeram um grande contributo para o Autoconceito, pois tornaram possível o estudo de alguns aspectos do Autoconceito Global, como a Autoestima, passando esta a ser definida como a dimensão do Autoconceito na qual o indivíduo possuía sentimentos negativos e positivos à cerca de algumas características de si próprio. Estas teorias também revelaram ser bastante importantes, na medida em que permitiram a colocação e a testagem de hipóteses, sendo que desta forma, o Autoconceito adquiriu características de natureza experimental e sistemática, tornando este estudo mais preciso.

2.2 AUTOCONCEITO VERSUS AUTOESTIMA - CONCEPTUALIZAÇÃO

Após uma análise da literatura sobre o Autoconceito, verificamos que existe uma grande variedade terminológica que gera alguma confusão não só na definição como também, segundo Faustino (1994), na delimitação conceptual deste termo. Uma das razões pela qual surge esta indefinição deve-se ao facto de este termo ser abrangido por várias disciplinas, o que leva a que , termos como Autoconceito, Autoestima,

Autoconfiança e Autoimagem sejam frequentemente utilizados com o mesmo fim, ou seja, descrever percepções do próprio «Eu» (Gallahue, 1989).

Assim, é particularmente difícil apresentar uma definição conceptual do Autoconceito, não só em virtude da existência de uma grande variedade terminológica, como da existência de alguma imprecisão na sua definição (Willis & Campbell, 1992; Marsh 1994).

Ao longo dos tempos, tal como temos vindo a referir, o Autoconceito tem sofrido várias interpretações. Seguidamente serão apresentadas várias perspectivas à cerca deste conceito através de vasto leque de definições que vários autores defendem.

Cooley (1912) referiu que “aprendemos a ver e a julgar-nos a nós mesmos conforme imaginamos que os outros nos vêm e nos julgam”. Murphy (1947) descreve Autoconceito como o indivíduo conhecido pelo indivíduo. Segundo Creelman (1954) o Autoconceito é já “um construto multidimensional que cobre e inclui a totalidade das percepções e avaliações que cada um faz de si próprio”, por outras palavras “é a totalidade dos pensamentos e sensações de um indivíduo referenciado a si próprio, como objecto” (Rosemberg,1979).

Mais tarde, Gecas (1982) define Autoconceito como “um conceito que o indivíduo faz de si próprio enquanto ser físico, social e moral”, defendendo portanto que o Autoconceito não sofre apenas influências do meio ambiente mas também de outras facetas quer sejam de natureza social, física, emocional e académica (Vaz Serra,1986).

Shavelson e Bolus (1982) definem Autoconceito geral como “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”. Ainda de acordo com Burns (1986; citado por Ferreira 1997), trata-se do “conjunto constituído por aquilo que podemos atingir, o que pensamos que os outros pensam de nós e aquilo que gostaríamos de ser”.

Vaz Serra (1988), defende que Autoconceito é “um fenómeno gradual, que resulta da intervenção de diversas variáveis tais como: o modo como outros observam o indivíduo, a forma como ele considera o seu desempenho em situações específicas, a comparação do seu comportamento com o dos seus pares e ainda com os valores veiculados por grupos normativos”. Mais tarde, Faria e Fontaine (1990) consideram o Autoconceito é “em termos gerais, a percepção que o sujeito tem de si próprio e em termos específicos o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos à cerca das capacidades, competência aparências e aceitabilidade social próprias. Estas percepções

formam-se através da experiência nos vários contextos de vida em que o sujeito se move, nomeadamente através dos reforços do meio e dos outros significativos”. Para Weinberg e Gould (2001) o Autoconceito incorpora todos os aspectos do que pensamos que somos: ele é central na vida consciente. Deste modo, vários indivíduos consideram o Autoconceito como a medida mais importante do bem-estar psicológico.

Apesar desta grande diversidade de definições apresentada pelos vários autores todos eles, têm como ideia base que Autoconceito é um conjunto de percepções que temos de nós próprios, nas nossas mais diversas facetas de acordo com as experiências e interpretações do meio envolvente.

Associado a este conceito surge frequentemente na literatura o conceito de Autoestima, sendo que por vezes existe alguma dificuldade em diferenciar estes dois termos. Quando nos referimos ao Autoconceito, (Gecas, 1982) é importante diferenciar os seus conteúdos, nos quais estão abrangidas as “identidades” do indivíduo, as dimensões “avaliativas” e “emocionais” correspondentes ao que é usualmente designado por Autoestima e que tem um grande significado no bem estar de qualquer sujeito. Por outras palavras a Autoestima pode ser compreendida como a avaliação que o indivíduo mantém usualmente a respeito de si mesmo, exprime a atitude de aprovação ou de reprovação e indica até que ponto o indivíduo acredita ser competente, significativo, bem sucedido e respeitável (Coopersmith, 1967).

Campbell (1984) define Autoestima como “a consciência do *quão bom* é o próprio indivíduo”, sendo que bom reflecte os critérios que são centrais no sistema de valores de cada indivíduo. É indiscutivelmente a faceta mais importante do Autoconceito (Vaz Serra, 1986), salientando posteriormente, que se trata de um processo avaliativo do indivíduo. Esta ideia é partilhada por Fox, (1990) quando este refere de forma sucinta que a Autoestima é a faceta mais importante do Autoconceito, constituindo-se como a sua componente avaliativa. Este mesmo autor, posteriormente (Fox, 1998), refere que a Autoestima é geralmente vista como um conceito avaliativo global e relativamente estável, que reflecte o grau positivo em que o indivíduo se sente bem consigo próprio.

É importante referir que a Autoestima não depende apenas das avaliações que cada indivíduo faz de si mesmo, mas também das avaliações que os outros fazem. A importância que será dada as avaliações de outros irá depender do grau de significância do atributo, assim como do grau de proximidade que esse indivíduo possui em relação a nós.

Apesar de usualmente existir uma sobreposição e ou confusão entre estes dois termos, eles são distintos. Para que se compreenda esta distinção, é importante distinguir os aspectos descritivos dos aspectos avaliativos das Autopercepções, isto é, o Autoconceito constitui apenas a percepção própria do «Eu», enquanto que a Autoestima reflecte o valor que cada um atribui a essa percepção (Sonstroem & Poots, 1996).

Fox (1998), sintetiza muito bem esta diferença referindo que Autoconceito inclui autodescrições puras que são distinguíveis da Autoestima porque as descrições não implicam necessariamente julgamentos.

Tal como referido anteriormente à cerca do Autoconceito, também Fox (1999) afirma que a Autoestima é um factor determinante para o bem-estar psicológico, pelo que se depreende que ambos não só influenciam como também determinam o bem-estar psicológico de cada indivíduo.

2.3 MODELOS DE INTERPRETAÇÃO ESTRUTURAL DO AUTOCONCEITO

Durante muitos anos efectuaram-se vários estudos com o objectivo de determinar a forma como os indivíduos se Autopercepcionavam nos diferentes domínios (Burns, 1979; Byerne, 1984; Harter, 1983; Marsh & Shavelson, 1985; Robinson & Shaver, 1973; Wells & Marwell, 1976; Wylie, 1974, 1979), pois segundo Corbin e Fox (1989) a Autoestima é fulcral para a explicação do comportamento humano.

Deste modo, numa fase inicial durante várias décadas, a Autoestima foi considerada um constructo unidimensional (figura 1a), que poderia ser avaliado recorrendo a inventários que simplesmente generalizavam as respostas verdadeiras ou falsas tendo em conta a adequação do «Eu» a uma grande variedade de situações gerais e específicas do quotidiano, tais como, o desporto, as relações sociais, o rendimento académico, etc. 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 «Auto». Assim, o resultado final total, era interpretado como o indicador do nível de Autoestima de cada indivíduo.

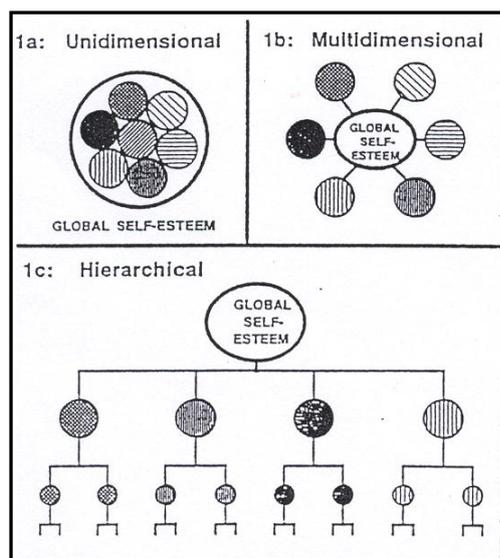


Figura 1 – Três modelos de interpretação da estrutura do Autoestima (Fox e Corbin, 1989)

Wylie (1979, citado por Fox & Corbin) defendia que as várias facetas do Autoconceito eram dominadas por um factor geral e que os seus factores constituintes quando separados, não podiam ser devidamente diferenciados. Isto justifica a razão pela qual a grande maioria destes estudos eram limitados, pois preocupavam-se em relacionar o Autoconceito com outros constructos e não com aspectos relacionados com o próprio constructo, levando a que não fosse contemplado o facto de cada indivíduo poder ter sentimentos distintos sobre si próprio nos vários aspectos da sua vida e influência que estes poderiam trazer para a Autoestima global.

Esta referência tem sido bastante criticada (Harter, 1983; Rosemberg, 1979; Wylie, 1979 citado por Fox & Corbin 1989) pois tem resultado na criação de instrumentos de validade questionável, com diminuta fundamentação teórica, e com problemas de natureza metodológica, (Harter, 1983; Sonstroem, 1984; Wylie, 1974, 1979, citado por Fox & Corbin 1989) que tem sido um entrave no campo da compreensão da estrutura da Autoestima.

Segundo Fox e Corbin (1989), o maior avanço conseguido nesta área da teoria de Autoestima, foi inquestionavelmente a aceitação de uma estrutura multidimensional (figura 1b) deste constructo. Vários estudos realizados por vários autores, Harter (1985a) et al. (1984); Soule, Drummond e McIntire (1981) demonstraram de forma persuasiva que, os indivíduos desde os 7-8 anos de idade demonstravam cada vez mais a capacidade de se julgarem a elas próprias de modo diferenciado e de acordo com diferentes domínios envolvidos nesses julgamentos. O reconhecimento de que as

Autopercepções podem variar de acordo com o contexto ambiental, levou Harter (1985a, 1988) a desenvolver perfis de autopercepção separados para crianças, adolescentes, estudantes e adultos jovens. Do mesmo modo Marsh e Shavelson, (1985; citado por Sherril 1998) produziram questionários de autodescrição para a pré-adolescentes e adultos jovens.

De acordo com estes estudos e seguindo esta perspectiva multidimensional, eram contemplados instrumentos com sub-escalas distintas, utilizadas na avaliação das diferentes dimensões do Autoconceito, sendo possível afirmar a existência de uma estrutura do «Eu», presente na vida do indivíduo desde a sua infância até se tornar progressivamente diferenciado com a maturidade intelectual.

A consequência deste conjunto de interações nesta teoria de Autoestima, desenvolveu uma representação muito mais completa de componentes de Autoestima, fornecendo assim, um esquema informativo relativamente à organização estrutural de Autoestima muito mais pormenorizado, organizado e estruturado.

Shavelson, Hubner e Staton (1976) (citado por Marsh, Byrne & Shavelson 1988) apresentaram um modelo hierárquico e educacionalmente orientado do Autoconceito (figura 1c), baseado num modelo multifacetado. Também Marsh, Horsely, Perry e Roche (1986) em posteriores estudos defendem que o Autoconceito não pode ser adequadamente compreendido se a sua multidimensionalidade for ignorada (Marsh, 1986).

Shavelson et al. (1976) identificou sete aspectos como sendo críticos para a definição de constructo do Autoconceito:

(1) é organizado ou estruturado; (2) é multidimensional; (3) é hierarquizado, com percepções do comportamento pessoal em situações específicas na base da hierarquia, procedendo a inferência acerca do «Auto» em domínios mais vastos, como seja, o social, o físico ou o académico, localizados numa posição intermédia em termos hierárquicos e um Autoconceito global geral localizado no topo do modelo; (4) o Autoconceito, localizado no topo da hierarquia, é estável, mas torna-se cada vez mais dependente de situações específicas e consequentemente mais instável à medida que descemos em termos hierárquicos; (5) o Autoconceito torna-se cada vez mais multidimensional à medida que a idade também aumenta; (6) o Autoconceito é simultaneamente descritivo e avaliativo, e as avaliações podem ser feitas em oposição a ideais absolutos e cada indivíduo poderá dar importância e peso diferente a dimensões específicas; (7) o Autoconceito pode ser diferenciado de outros constructos.

Assim, de acordo com os sete aspectos anteriormente referidos, esses mesmos autores (Shavelson et al., 1976) fazem a delimitação conceptual que serve de suporte a este modelo, ou seja, referem que “o Autoconceito não é mais do que a Autopercepção de que cada um faz do envolvimento que o rodeia, com as 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 cada indivíduo age, vai influenciar as suas Autopercepções” (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976).

Shavelson, Hubner e Stanton (1976) expuseram uma possível representação para este modelo hierárquico (figura 2), em que colocavam o constructo geral do Autoconceito no vértice do modelo, sendo este submetido a representações do «Eu» de natureza avaliativa e descritiva e em cada um dos domínios em que se subdividia, o académico e o não-académico. O domínio do Autoconceito académico encontrava-se subdividido em Autoconceitos particulares de cada uma das áreas disciplinares (ex.: Matemática, Inglês, etc.). Já o domínio do Autoconceito não-académico estava subdividido em três áreas: o Autoconceito social (compreende a relação de pares e a relação com os outros), o Autoconceito emocional (diz respeito a estados emocionais particulares) e o Autoconceito físico (inclui a capacidade física e a aparência física). Dentro de cada um destes domínios foi hipoteticamente previsto que estes seriam representativos dos efeitos combinados de percepções de sub-domínios mais específicos também bastante relacionados com os comportamentos do indivíduo.

Com o intuito de testar o modelo hierárquico proposto por Shavelson Hubner e Stanton. (1976), Marsh e Shavelson (1985) aplicaram testes utilizando diferentes versões do *Self-Description Questionnaire* (SDQ), descobrindo um suporte para este modelo. Ainda assim, foi também necessário recorrer ao teste empírico deste modelo (Fleming, Coutney, 1984; Fleming & Watts, 1980; Marsh & Shavelson, 1985) que revelou ser bastante importante no sentido de apoiar a validação da sua dimensionalidade.

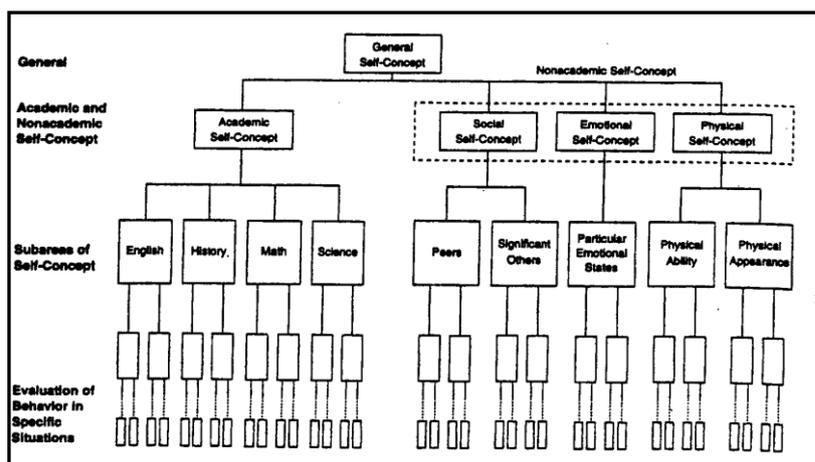


Figura 2 – Constructo hierárquico do Autoconceito (Shavelson, Hubner e Stanton, 1976)

Deste modo, este modelo revelou-se bastante atractivo pois deduz que a interacção regular com diferentes aspectos da vida poderá modificar os mais globais e duradouros elementos do Autoconceito/Autoestima através de alterações em Autopercepções de níveis inferiores. Assim, percepções de sucesso ou insucesso verificadas em comportamentos mais específicos de níveis mais baixos são capazes de canalizar alterações no sentido ascendente, de modo a produzir mudanças duradouras em determinados aspectos da Autoestima (Ferreira, 1997)

O Autoconceito global está situado no cume, e é definido como a globalidade das percepções que cada indivíduo tem à cerca de si próprio. O nível intermédio, é composto por vários domínios (Harter, 1983) que apesar de correlacionados entre si apresentavam diferentes facetas do Autoconceito (Byrne, 1986; Shavelson & Bolus, 1982), e na base da pirâmide encontram-se subdomínios mais específicos.

Quando o 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 e específicas de determinadas situações (Shavelson Hubner & Stanton 1976). É esperado que o cume deste modelo exiba mais estabilidade, e os níveis relativos aos subdomínios, mais variabilidade (Fox, 1997).

No que diz respeito ao desenvolvimento do Autoconceito, Marsh e O'Neill e Marsh et al. (1984) (citado por Ferreira, 1997) referem que existe uma forte independência entre as facetas específicas do Autoconceito e a idade. Também Marsh e Shavelson (1985) consideram que este se torna cada vez mais específico e diferenciado à medida que a idade avança, pois o incremento de interacções sociais é importante na formação do «Eu» de um indivíduo. De acordo com estudos realizados (Marsh, Parker & Smith, 1983; Marsh, Relich & Smith, 1983; e Marsh, et al. 1983) a estrutura

hierárquica do Autoconceito torna-se cada vez mais fraca à medida que a idade de indivíduo aumenta.

Um dos aspectos importantes neste modelo está relacionado com o facto do domínio físico ser particularmente desenvolvido, sendo portanto pertinente para a realização deste estudo (figura 3).



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

2.4 AUTOCONCEITO FÍSICO

O modelo proposto por Shavelson Hubner e Stanton. (1976), designado de modelo Hierárquico Multidimensional, apresenta uma diferenciação do Autoconceito à medida que se desce na pirâmide. Esta multidimensionalidade do Autoconceito permite estudar vários sub-«Eu»s, por exemplo o «Eu» familiar, o «Eu» trabalho, o «Eu» emocional, o «Eu» social e também, sendo este o mais relevante para esta área de estudo, o «Eu» físico (Fox, 2000).

Williams (1983; citado por 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.

Em outros estudos já realizados por Marsh (1988, 1990), Byrne e Shavelson (1986) que verificaram a existência de um componente físico do Autoconceito geral, sendo que se constatou nestes estudos, que este modelo é mais diferenciado e menos hierárquico do que o inicialmente proposto por estes autores. Para estes, a componente física apesar de fazer parte do Autoconceito não académico, uma divisão do Autoconceito geral, diferenciava-se em outras duas facetas: o Autoconceito de capacidade física e o Autoconceito de aparência física, onde se inclui a Imagem

Corporal, que engloba as percepções relativas à imagem global de cada um e de si próprio.

O Autoconceito físico está assim relacionado com a avaliação que o indivíduo faz da sua aparência física e das suas aptidões físicas, mas este é também influenciado pelas avaliações de outros significativos e de comparações e atribuições pessoais, que exercem um papel importante na formação do Autoconceito geral. Cada uma destas facetas, é ainda influenciada quer pela idade, quer pela maturidade cognitiva do indivíduo, tornando-as progressivamente diferenciadas, isto é, o tamanho e a especificidade destas relações aumentam com a idade. Por outras palavras, o Autoconceito físico e o Autoconceito académico tornam-se menos correlacionados entre si e mais correlacionados com os seus respectivos subdomínios, a aptidão física e as aquisições académicas, respectivamente. A forma como este subdomínio pode afectar o Autoconceito geral, segundo Marsh (1994), depende das relações entre o Autoconceito geral e os seus domínios específicos.

O Autoconceito físico tem cada vez mais, vindo a adquirir um papel bastante importante no âmbito das Autopercepções, isto porque, o corpo é reconhecido como o principal veículo de comunicação social, sendo conseqüentemente utilizado para expressar a sexualidade e estatutos, ganhando um significado crítico na autoavaliação global (Fox, 1998), podendo carregar conseqüências positivas ou negativas. Harter (1996; citado por Carless & Fox 2003) enfatizou ainda mais a importância deste domínio, sugerindo que o «Eu» físico é mais do que um domínio do «Eu», isto porque funciona como o «Eu» público, que actua como interface visível e audível entre nós próprios e o mundo, sendo por isso altamente relevante para a vida humana. As percepções do nosso físico providenciam a chave para entender a constituição da nossa identidade, a base da nossa Autoestima e muitos dos padrões de comportamento. O que sentimos em relação às nossas habilidades físicas, à nossa aparência e a importância que lhe atribuímos determinam a nossa identidade física (Fox, 1997).

Segundo (Stroem & Potts, 1996 citado por Fox, id.) o facto das Autopercepções no domínio físico terem alcançado um papel tão importante, leva a considerar que tenham adquirido propriedades intrínsecas, no seu próprio direito, no bem-estar mental. Para Fox, (2000) não é surpreendente que o Autoconceito físico tenha demonstrado uma forte relação com a Autoestima global ao longo da vida. Isto é amplamente explicado através de avaliações à cerca da Aparência Física ou da Imagem Corporal, mas também

através de competências físicas específicas, tais como Competências Desportivas, percepção do *fitness* e da saúde física (Carless & Fox, 2003).

Podemos então dizer que os Autoconceitos, geral e físico, desenvolvem-se segundo um processo contínuo de aprendizagem social durante a vida do indivíduo. O Autoconceito físico poderá então ser definido como o conjunto de percepções e avaliações que o indivíduo pensa possuir das suas capacidades físicas e da aparência física.

2.4.1 INFLUÊNCIA DA ACTIVIDADE FÍSICA NO DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO FÍSICO

Vários estudos têm procurado demonstrar a influência positiva das actividades desportivas na modificação do Autoconceito (Jackson & Marsh, 1986; Weiss, 1987; Fox, 1992; Stroem et al., 1992; Marsh, 1997). Outros autores, indicam ainda que, os benefícios que a actividade física podem ser em várias dimensões, não só no Autoconceito, mas também ao nível da Autoestima, da personalidade, da confiança, da imagem corporal e do ajustamento social induzido e alterações do comportamento (Willis & Campbell, 1992; Kamal et al, 1995).

O exercício físico tem demonstrado conseguir efectuar algumas alterações funcionais positivas no corpo a curto e longo prazo (Murtrie, 1997). Assim, podemos inferir que o Autoconceito físico pode ser influenciado por uma intervenção experimental envolvendo actividades desportivas.

Parece ser de opinião comum que as mudanças corporais resultantes da prática de actividades físicas podem melhorar a Imagem Corporal que cada indivíduo possui, e assim promover e aumentar os níveis de Autoconceito (Youn, 1985; Weinberg & Gould, 1995; citado por Cruz et al. 1996), pois as pessoas activas avaliam o seu corpo de uma forma mais positiva do que aqueles que são sedentários.

Kamal et al. (1995) revelaram nos seus estudos, que os atletas possuem um Autoconceito maior que os não atletas. 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.

Ainda assim, esta relação positiva entre o exercício físico e uma Autoestima elevada nem sempre se verifica. De acordo com alguns estudos realizados, vários investigadores sugerem que as experiências desportivas podem por vezes ter um efeito negativo no Autoconceito do indivíduo. No que diz respeito aos resultados encontrados de acordo com o género, constata-se, de acordo com alguns estudos, que a participação em actividades físicas desportivas pelas mulheres pode influenciar os tradicionais estereótipos sexuais, levando a mudanças no Autoconceito em áreas que as mulheres têm frequentemente níveis mais baixos.

Relativamente a populações que requerem alguns cuidados, Mutrie (1997), refere que indivíduos submetido a tratamentos por condições médicas, que lidem com doenças crónicas, ou que passem por eventos reprodutivos ou pelo processo de envelhecimento, talvez beneficiem psicologicamente de programas de actividade física regular. Já em populações especiais, as investigações realizadas, baseiam-se principalmente no envolvimento de desportos competitivos e exercícios aeróbios como forma de ajudar esses indivíduos (Monnazzi, 1982, citado por Campbell, 1995).

Fox (2004), numa pesquisa efectuada no âmbito das Autopercepções tem em conta considerações descritas na literatura existente, sendo que as principais conclusões retiradas desse estudo são as seguintes:

- A actividade física pode ser usada como meio para promover a autovalorização física e outras importantes Autopercepções no domínio físico, tais como imagem corporal. 78% dos estudos indicam alterações significativas;
- Em algumas situações verifica-se um aumento de Autoestima, no entanto, metade dos estudos não demonstram alterações. Uma melhoria de Autoestima não é o resultado automático dos programas de exercício físico, apesar de poderem ocorrer em algumas pessoas sujeitas a exercício físico;
- 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 em 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 de perda de peso. Aliás estes últimos indicando maior efectividade num curto tempo.

Deste modo, constata-se que as construções do Autoconceito físico devem ser usadas como objectivo principal dos programas de exercício físico, pois este parece ser detentor de um grande potencial para alterar a forma como os indivíduos se vêm a si próprios. Esta preposição pode generalizar-se para o contexto da alteração da Autoestima global ou do bem-estar, mas dentro de certas circunstâncias e com certas pessoas (Carless & Fox, 2003).

2.5 IMAGEM CORPORAL

O Autoconceito Físico, está em parte dependente da satisfação com a Imagem Corporal.

Este termo, Imagem Corporal, devido à grande diversidade de áreas de conhecimento científico que frequentemente recorrem a este termo (neurologia, genética, psicologia, psiquiatria, sociologia, etc) levam a um vasto leque de definições.

Existem por vezes algumas confusões relativamente à definição de Imagem Corporal, pois este termo é frequentemente confundido com esquema corporal. De acordo com Williams (1983), esquema corporal diz respeito a “um mecanismo inato do sistema nervoso central que permite ao indivíduo conhecer o seu corpo, as suas dimensões, as suas posições e o movimento no espaço”. Por sua vez, Imagem Corporal segundo Collins (1981), é um conceito dinâmico. Segundo este, é uma representação ou uma constelação de representações do próprio corpo que mudam gradualmente ao longo da vida, à medida que o corpo se desenvolve e modifica. Por outras palavras é o nível de satisfação com a imagem do nosso corpo.

Um perspectiva mais abstracta é apresentada por Rosen (1982), quando refere que a Imagem Corporal é uma “avaliação subjectiva do próprio corpo associado a sentimentos e atitudes”.

Este conceito começou a ser aceite na década de 80 como um constructo multidimensional, tendo desde então merecido alguma atenção por parte de vários investigadores (Cash, 1990). Cash e Brown (1989), também referem que Imagem Corporal é uma idealização multidimensional defendida pelas percepções e atitudes (afectivas, cognitivas e comportamentais) que o indivíduo possui em relação ao seu próprio corpo.

Mahoney e Finch, (1976) focalizam-se na avaliação de satisfação subjectivas com diversas partes do corpo e chegaram à conclusão que as variáveis físicas (tais como

peso, altura) carregam um importante papel na forma a dar à Imagem Corporal (Cash, 1990).

Numa perspectiva psicológica, Bruchon – Schweitzer (1987), também refere que a Imagem Corporal é definida como um conceito que engloba percepções e representações para evocar o corpo, para avalia-lo, indo mais além quando refere também que esta avaliação é efectuada não apenas como objectivo dotado de determinadas propriedades físicas (como altura, peso, forma e cor) mas também como sujeito, ou parte de nós mesmos, carregado de sentimentos múltiplos e contraditórios. De uma forma muito simples esta autora, sintetiza este termo como as “atitudes, sentimentos, e experiências que o indivíduo acumulou no seu corpo, integradas numa percepção global”.

Mais tarde, Cash (1990) de uma forma sintetizada designa Imagem Corporal como “a vista de dentro”. Fisher (1990), define a Imagem Corporal como “a experiência psicológica do nosso próprio corpo” que está compreendido entre uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva que, por sua vez, determinam a Autoestima Global. Fox (1997), refere-se a este conceito como uma representação mental que o indivíduo tem do seu corpo. Ferreira (1997) indica que a imagem que o indivíduo tem de si mesmo, como entidade física, inclui a dimensão das características (quer da porção corporal, quer da performance) e todas as apreciações que são efectuadas relativamente ao próprio corpo resultam das interacções sociais que o indivíduo estabeleceu ao longo do seu crescimento. Segundo Davis (1997), a Imagem Corporal, isto é, a maneira como vemos o nosso próprio corpo e a representação mental que fazemos deste, forma uma parte integrante da nossa Autoestima corporal e da nossa Autovalorização geral.

Tal como refere Slade (1994, citado por Taleporos & McCabe, 2001) a Imagem Corporal é 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.” Por outras palavras, para além de todos os aspectos morfológicos individuais que cada indivíduo possui, é também necessário lembrar que existem outros factores que revelam ser bastante importantes na construção da Imagem Corporal, dentro dos mais variados factores podemos encontrar a prática desportiva.

Um factor relevante na adopção das nossas atitudes e valores sobre o Autoconceito físico, pelo menos durante a maior parte das nossas vidas, é o grau de conformidade com os ideais culturais de beleza e atracção sexual. Este facto poderá

estar relacionado com o facto de atletas femininas permanecerem críticas relativamente ao seu corpo, apesar de se tornarem mais magras (Fox, 2000). Também outros autores (Garner et al., 1985; Mishkind et al. 1986; Silerstein et al. 1988), referem que existem bastante evidências para considerar que as mulheres realizam exercício físico mais por causa da aparência do que por causa dos benefícios que este tipo de actividade pode fornecer.

Relativamente aos praticante e não praticantes de actividade física regular de um modo geral, de acordo com estudos realizados por Batista (1995), os indivíduos envolvidos neste tipo de actividades possuem maior satisfação com a Imagem Corporal em relação aos não participantes. Os resultados obtidos até então, leva-nos a considerar que esta componente seja bastante importante para o bem-estar psicológico de cada indivíduo. Tal como Bruchon-Schweitzer (1990) afirma, uma Imagem Corporal favorável está associada a um ajuste emocional do indivíduo. Apesar de este aspecto, (Imagem Corporal) influenciar bastante o Autoconceito global não podemos esquecer a importância de todos os outros domínio e sub-domínios.

2.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS AUTOPERCEPÇÕES

Constata-se que durante a última década, a Autoestima global tem sido alvo de inúmeros estudos, já que esta revelou ser uma componente determinante no bem-estar psicológico dos indivíduos, tal como o domínio físico e suas componentes (Imagem Corporal).

Apesar do leque de investigações desenvolvidas neste campo já ser bastante grande, o número de estudos bem sucedidos e reconhecidos nesta área não são tantos quantos os desejados, isto devido à fraca validade e fiabilidade que os instrumentos utilizados revelem possuir.

Deste modo, nos últimos anos têm sido realizados vários esforços para construir instrumentos de avaliação válidos e fiáveis, para que se possa aprofundar o estudo neste âmbito. Assim, com o objectivo de estudar a Autoestima Global, foi desenvolvido uma escala unidimensional, constituída por 10 itens, sendo utilizados quatro pontos que estão ligados a respostas formatadas. Esta escala é denominada de *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* (Rosemberg, 1965), fornecendo, desta forma, uma estrutura conceptual útil para a investigação dos mecanismos de modificação da Autoestima através da

actividade física ou desportiva. Os itens desta escala não são específicos e reflectem sentimentos de orgulho com o próprio indivíduo, auto-respeito e competência.

Para a população Portuguesa foi elaborada a tradução, deste teste por Fonseca e Meek (2002) Inventário de Autoestima de Rosemberg.

Este questionário tem sido utilizado em vários estudos e a sua fiabilidade na avaliação das Autopercepções dos indivíduos têm sido salientada várias vezes.

O PSPP, ao permitir a avaliação simultânea de diferentes facetas do «Eu» físico (Fox & Corbin, 1989), tem vindo por várias vezes a ser utilizado em combinação com o instrumento de avaliação da Autoestima global (*RSES*).

Vários autores, opinaram que o domínio da Autopercepção fosse hierarquicamente organizado (Epstein, 1973; Shavelson et al. 1976; citado por Page et al., 1993; Fonseca e Fox, 2002). Assim o modelo de organização hierárquica das Autopercepções Físicas mais bem referenciado é o PSPP.

O Physical-self perception Profile (PSPP) PSPP, cujos os autores se basearam em grande medida nos trabalhos de Susan Harter, possibilita aos inquiridos a indicação das suas percepções relativamente a si próprios no que concerne a vários aspectos do seu «Eu» físico. O PSPP é constituído por cinco escalas: Competência Desportiva (percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas e confiança em contextos desportivos), Condição Física (percepções acerca do nível de condição física, resistência e fitness, capacidade para persistir na prática da actividade física, e confiança em contextos de actividade física e fitness), Aparência Física (percepções acerca da atracção exercida nos outros pela figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente e confiança na aparência), Força Física (percepções acerca da força física, desenvolvimento muscular e confiança em situações que exigem força) e Autoestima Física (sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no «Eu físico»).

A inclusão da escala relativa à Autoestima física proporcionou a avaliação de dois níveis distintos de Autopercepção física, ordenados verticalmente em termos de especificidade (situacional, genérico). Deste modo, enquanto que as quatro primeiras escalas permitem recolher informação acerca do modo como os indivíduos se percebem relativamente a cada uma das quatro facetas anteriormente referidas, a escala de Autoestima física orienta-se para a recolha de informação que se refere ao modo como eles se sentem em relação à sua dimensão física em geral.

O PSPP foi inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos da América, com jovens universitários, sendo que foi recomendado por Fox (1990; citado por Fonseca e Fox, 2002) a sua aplicação a outras populações mas acompanhada pela realização de uma extensa análise às suas propriedades psicométricas, no sentido da determinação da sua validade e fiabilidade.

Em 1992, uma pesquisa realizada refere que foram feitas modificações para entender a validade do PSPP numa versão para adultos de ambos os sexos (Stroem et al, 1992). Em Portugal, a validade e fiabilidade deste instrumento foi conseguida para jovens universitários e 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).

O PSPP foi traduzido para a versão Portuguesa (PSPPp), sendo denominado de Perfil de Auto-Percepção Física. Esta tradução foi levada a cabo inicialmente por Fonseca, Fox e Almeida (1995) e recentemente continuada e desenvolvida por Ferreira e Fox (2002).

Este modelo é considerado um guia para o desenvolvimento do Perfil das Autopercepções Físicas (Sherrill, 1998). Deste modo, o PSPP possibilita a indicação das percepções relativamente aos inquiridos, no que concerne aos vários aspectos do Autoconceito Físico, referidos no Modelo da Autoestima Global (Fox & Corbin 1989).

Como já vimos anteriormente, a Imagem Corporal é uma componente do Autoconceito Físico, que tem bastante influência no Autoconceito Global. Assim, é também importante referir o instrumento de avaliação utilizado para esta componente.

O questionário de Imagem Corporal (Bruchon-Schweitzer, 1987), possui 19 itens e foi inicialmente aplicado a 619 sujeitos Franceses com idades compreendidas entre os 10 e os 40 anos de idade, com o objectivo de descobrir a dimensionalidade de percepções, sentimentos e atitudes expressas através do corpo. Neste teste os itens são classificados segundo quatro factores/dimensões relativas à Imagem Corporal, sendo eles: Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão. A satisfação com o corpo estava relacionada com o sexo, saúde e com ajustes emocionais.

Podemos dizer que nos últimos vinte anos houve um grande e contínuo desenvolvimento de instrumentos de avaliação nesta área de Autopercepções, no sentido de validar e tornar credível resultados apresentados pelos vários estudos efectuados,

com o intuito de alcançar dados relevantes e conclusivos que nos permitam tomar medidas futuras para o aumento do bem-estar psicológico das populações.

2.7 POPULAÇÕES ESPECIAIS

Desde 1960, a relação entre a deficiência e o corpo, tem sido altamente contestada segundo dois modelos de abordagem à deficiência. Como consequência do modelo médico (ou individual) os indivíduos portadores de deficiência são habitualmente vistos como pessoas com “corpos danificados” ou “mentes falhadas”. Este modelo assenta principalmente nas características do indivíduo, sendo portanto a concepção mais tradicional de deficiência.

Na base do modelo médico surgiram dois modelos a evidência dos comportamentos associados à doença (Parsons, 1951) e o modelo de reabilitação (Bury, 1982; citado por Oliver, 1996). Os comportamentos associados à doença, sugerem que indivíduos doentes ou portadores de deficiência devem adoptar o papel de doente (Sick-role), segundo este, os sujeitos com deficiência estão completamente isentos de responsabilidades e expectativas já que o seu estado influencia as suas capacidades fisiológicas e psicológicas. Esta situação de doente, é tida como indesejável e a única forma de a alterar é recorrendo à ajuda de profissionais médicos (Parsons, 1951; citado por Oliver, 1996). O modelo de Parsons assume que, independentemente da natureza das condições socio-económicas todas as pessoas reagem de igual forma.

Uma das principais críticas a este modelo refere que este não considera as variações do papel de doente (Twaddle, 1969; citado Oliver, 1996), nem a distinção entre doença e deficiência (Gordon, 1966; Sieglar Osmond, 1974; citado por Oliver, 1996). Uma outra crítica refere que este modelo dá pouca atenção à interpretação subjectiva e que articula apenas o ponto de vista de um grupo profissional responsável pela recuperação dos indivíduos – profissionais médicos.

O modelo de reabilitação, sugere que, assim que um indivíduo com incapacidade tome consciência da sua condição, deva aceitá-la e aprender a viver com ela, através da potencialização das capacidades remanescentes. Os sujeitos com deficiência, devem readquirir o seu estado funcional máximo o mais rápido possível. Com o objectivo de

atingir a normalidade, estes devem cooperar com os profissionais e contribuir para a melhoria e inovação de novas técnicas de reabilitação.

Estas perspectivas originaram a Teoria da Tragédia Pessoal. De acordo com esta, as abordagens são o produto da imaginação psicológica construídas com base em pressupostos do ponto de vista dos não deficientes e encarando a incapacidade como uma perda ou um tipo de “tragédia pessoal”. Segundo esta teoria, a responsabilidade de recuperação recai sempre sobre os pacientes e nunca sobre os profissionais, caso os objectivos da recuperação não sejam alcançados, a sabedoria dos médicos nunca é posta em causa (Barnes, 1990).

A partir dos anos 70, a concepção de deficiência começou gradualmente a ser reformulada e começou a reconhecer-se como uma opressão social. Este modelo surge em oposição ao modelo médico, sendo que este termo, modelo social (Finkelstein, 1980; Oliver, 1990) surge na sequência da luta de indivíduos com deficiência e dos seus grupos representativos de situações de relegação para instituições, residenciais, exclusão do mercado de trabalho, de oportunidades de ganhar a vida, relegando-os obrigatoriamente para a pobreza (Barton, 1997; Campbell, 1996; Oliver, 1996). De acordo com este novo modelo, os indivíduos deficientes são vistos como pessoas diferentes, que são excluídas da sociedade, devido à opressão/obstáculos criados no seio desta. Este termo refere-se a um tipo de opressão social que entra no vocabulário lado a lado com outros termos, tais como, sexismo, racismo e outras práticas discriminatórias (Thomas, 2002). Segundo Hughes (2002), a “deficiência não é um problema médico ou um problema pessoal, mas um conjunto de barreiras físicas e sociais que constrange, regula e discrimina pessoas com incapacidades... a deficiência deve ser encarada não como um deficit corporal mas em termos do modo como as estruturas sociais excluem e oprimem as pessoas com deficiência”.

2.7.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MOTORA

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

As deficiências podem ser permanentes ou temporárias, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas.

De acordo com Rodrigues (1981), 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.

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

De uma forma geral as deficiências dizem respeito a um desvio ao que é geralmente aceite como estado biomédico normal do corpo e das suas funções.

2.7.1.1 LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

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

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

A lesão da coluna vertebral, de acordo com investigadores nesta área pode dividir-se etimologicamente em dois grupos: lesões de natureza traumática, sendo geralmente resultantes de acidentes de viação (48%), quedas (21%), violência (14%), lesões desportivas (14%), entre outras causas (3%) (Sherrill, 1998). O outro grupo diz

respeito à lesões não traumáticas, que surgem frequentemente em indivíduos adultos como consequência de uma doença ou influência patológica, tais como disfunções vasculares, trombose, embolia, subluxações vertebrais secundárias à artrite reumatoide entre outras.

De um incidente vertebro-medular podem resultar duas situações, a Tetraplegia ou a Paraplegia, sendo que em ambas as situações ocorre uma interrupção da transmissão dos sinais nervosos do Sistema Nervoso Central para a periferia, assim este tipo de lesões resulta na perda de movimentos e sensações.

A Paraplegia surge quando há uma paralisia parcial ou completa de tronco e dos membros inferiores, como consequência das lesões da medula espinal da zona torácica, lombar ou das raízes, levando à interrupção da transmissão de sinais nervosos.

A Tetraplegia é a perda ou a diminuição da função motora e sensorial em todo o segmento da coluna vertebral, devido à lesão de elementos neurais situados na região cervical.

A destruição da corda espinal é permanente, porque a medula espinal não tem a capacidade de se regenerar por si própria. Ainda assim, caso a lesão seja parcial, o indivíduo pode conseguir, após vários meses ao acidente, recuperar gradualmente alguma sensibilidade ou controlo muscular em determinados segmentos corporais. Isto não significa que tenha ocorrido uma regeneração, pois tal como já foi referido, este processo é impossível, esta recuperação pode dever-se ao alívio de pressão nos nervos afectados.

O grau de violência de uma lesão deste tipo implica repercussões a vários níveis, no entanto não implica nenhuma relação absoluta causa-efeito. Indivíduos com este tipo de lesões podem sofrer de alterações fisiológicas quer a nível neuromuscular, quer a nível cardiovascular e respiratório, o que transforma estes sujeitos totalmente dependentes de terceiros.

Devido ao avanço em pesquisas e estudos neste âmbito, a medicina tem evoluído bastante no que diz respeito a tratamentos e reeducação funcional, sendo que a esperança média de vida destes sujeitos tem vindo a aumentar ao longo das últimas cinco décadas.

2.7.1.2 SPINA BÍFIDA

A espinha Bífida é uma doença congénita não progressiva que surge à nascença. Ocorre normalmente na região lombar-sacral, embora outras regiões possam também ser afectadas. Esta traduz-se normalmente por um desenvolvimento incompleto do aro posterior de uma ou de mais vértebras, ou seja, não existe o encerramento entre apófise espinhosa e o corpo vertebral, deixando sem protecção uma parte da espinal-medula ou das suas raízes. É durante o desenvolvimento embrionário, mais propriamente durante o terceiro trimestre que surge esta malformação congénita a nível vertebral.

A sintomatologia difere de acordo com a localização e extensão do tecido nervoso, podendo enfraquecer ou até mesmo paralisar os músculos afectados. As causas da ocorrência ainda não estão confirmadas, existindo ainda algumas evidências que levam a acreditar que o aparecimento desta deficiência pode ser explicado pela interacção de factores ambientais e genéticos.

A hidrocefalia acompanha normalmente a espinha bífida, provocando um aumento do volume do líquido encefalo-raquidiano dentro do crâneo, originando uma pressão excessiva dentro da cavidade encefálica.

Existem 3 tipos de espinha bífida a oculta, o meningocele e o mielomeningocele. A primeira é a mais frequente e inspira menores cuidados, pois não há muita diminuição neurológica, pode encontrar-se na região lombar uma pequena fissura parcial e não existe saco meníngeo. No segundo tipo também não existe diminuição neurológica, ainda assim já existe saco meníngeo apesar de não existir tecido neural dentro dele. O Mielomeningocele já leva a uma diminuição neurológica, em que o tecido neural forma uma saliência dentro do saco meníngeo.

2.7.1.3 POLIOMIELITE

É uma doença de natureza epidérmica que tem vindo a ser combatida, desde o final dos anos 50, com o aparecimento da vacina Salk.

A pólio é causada por um vírus que depois de segregado na saliva e deglutido, se multiplica na mucosa intestinal e vai actuar a nível do corno anterior da medula espinal, local de onde partem os neuromotores que vão enervar os diferentes grupos musculares

responsáveis pelo movimento humano. Esta situação leva a que haja uma má condução do estímulo, o que origina uma diminuição de qualidade da estimulação. Como consequência o músculo é cada vez menos solicitado, levando a uma atrofia muscular.

O número de células motoras afectadas e a sua localização precisa determinam a gravidade da situação, podendo ser temporária, ou completa e irreversível caso se verifique a total destruição das células motoras.

Segundo Auxter (1993) o pólio evolui ao longo de três estádios: o agudo, que dura entre oito a dez dias e caracterização por dores de garganta, febre, náuseas, vômitos e rigidez muscular; a convalescência, que pode durar entre algumas semanas a vários meses, durante os quais os músculos melhoram lentamente a sua função, podendo voltar mesmo ao normal, em função da extensão dos danos causados a nível sensorial; e estádio crónico, que se inicia por volta do 18º mês após a ocorrência da doença e se mantém-se por vários anos.

A melhor forma de combate desta doença é a vacinação tal como já foi referido inicialmente.

2.7.1.4 AMPUTAÇÕES

Este termo significa a ausência de um segmento podendo ser de causa congénita ou adquirida, resultante de um trauma ou doença. Deste modo as amputações congénitas manifestam-se sob forma de uma malformação ou ausência de um membro ou parte dele. As amputações traumáticas são resultado de acidentes (de trabalho, de viação ou de explosões com armas de fogo) ou ainda de uma intervenção cirúrgica visando o combate a uma infecção ou tumor.

Apesar de o avanço da tecnologia, contribuir para uma minimização das consequências de uma amputação, através da substituição do segmento por próteses, que são cada vez mais leves e funcionais, a perda de um membro é um momento de grande tensão emocional que conduz os indivíduos a produzirem uma resposta psicológica em relação a essa perda. Esta resposta à perda de uma segmento do corpo pode não ser de aceitação, o que implica que haja um acompanhamento e ajuda do doente.

2.8 AUTOPERCEPÇÕES EM GRUPOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA

De acordo com Carless Fox (2003) para investigar alterações mais pronunciadas nas Autopercepções, é potencialmente efectivo considerar experiências vividas pelas pessoas que enfrentam grandes desafios em termos de limitações, doenças e deficiências físicas. Isto porque, de acordo com 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 encontrados na população em geral.

A formação do “Eu”, nomeadamente para grupos com limitações físicas (lesões medulares, amputações, poliomielite, spina bífida, etc.) desempenha um papel muito importante no estabelecimento das autopercepções individuais. A formação da Autoestima, é frequentemente associada, (por ex. Hopper, 1986) aos princípios de autoatribuição e da autoeficácia, baseados no pressuposto de que a melhoria dos skills motores constitui a melhor abordagem para a Autoestima e do divertimento ao nível de prática de actividade física. O exercício e a participação na prática desportiva proporciona o tipo ideal de desafio de mestria, levando o sujeito com deficiência a atingir metas que se encontram para além das suas limitações, a desenvolver novas habilidades e a alcançar níveis de performance nunca antes atingidos (Sherril, 1997).

Desde o início dos anos 80, que os benefícios ao nível da saúde resultantes da pratica de actividade física, provocam um aumento do número de indivíduos com deficiência que passaram a estar ligados a uma prática de actividade física regular (Compton, Eisenman & Henderson, 1989). Pois associa-se à pratica desportiva regular uma maior capacidade do indivíduo com deficiência em suportar tensões, controlar os seus níveis de ansiedade, ultrapassar depressões e solidificar a construção da sua identidade (Ferreira, *in press*). São vários os autores que têm descrito a existência de relações significativas entre a actividade física e diferentes dimensões do Autoconceito (Ferreira, 1998, Fox, 2000, Kreitler & Kreitler, 1988, Salusso-Deonier & Schwarzkopf, 1991, Schontz, 1969, Vasconcelos 1995; citado por Ferreira *in press*)

Marsh (1999) enfatizou a importância sociológica do desporto para deficientes, segundo este, a influência desta actividade nos indivíduos praticantes podia ser examinada não só através da relação com os outros, mas também na relação com eles próprios. A dinâmica relacional é bastante importante na problemática da deficiência, uma vez que permite muitas vezes, transformar o pensamento de auto-negação num Autoconceito positivo (Castro, 1996). Ainda assim, apesar das Autopercepções serem

de certo modo influenciadas por crenças sociais e por expectativas, os indivíduos com deficiência são envolvidos e desempenham um papel preponderante na construção das suas identidades (Williams, 1994; citado por Ferreira *in press*).

Um exemplo da capacidade de influência que a cultura dominante possui, é revelado através da pressão social, que vem ensinando as mulheres mais do que os homens, de que as suas expectativas relativamente à sua posição dependem da sua capacidade de destacar os seus corpos fazendo-os parecer diferentes do que aquilo que na realidade são (Stone, 1995).

Embora seja esperado que existam alterações psicológicas mais negativas naqueles que experimentam desafios mais sérios em termos de saúde estando associados baixos níveis de Autoestima e uma Imagem Corporal negativa (Taleporos & McCabe, 2001) para Carless (2003), a relação causa-efeito não parece ser tão óbvia.

Guthrie e Castelnuovo (2001), num estudo realizado em mulheres com deficiência motora, concluíram que o facto de o indivíduo possuir deficiência não origina um Autopercepção Física negativa. As Autopercepções negativas podem resultar de uma grande variedade de factores, o que inclui à partida experiências de socialização e a rotulação social da deficiência como um “estado” do indivíduo (Becker, 1963; Blinde & Taud, 1996; Brasile, 1990; Finkelstein & French, 1993; citado por Blind & McClung, 1997). O tipo de experiências a que se refere diz respeito a respostas criadas pela sociedade como por exemplo a segregação, a desvalorização, a estigmatização e a discriminação.

Num estudo recentemente realizado por Taleporos e McCabe (2001), foi analisado o impacto da deficiência física na autoestima corporal, e estes concluíram que a deficiência física pode exercer uma influência adversa sobre os sentimentos relativos à atracção física e sexual, bem como de fortes sentimentos negativos face ao corpo em consequência da vergonha, do desconforto, da falta de aceitação face à deficiência, do desejo de esconder a deficiência bem como do descontentamento e stress com o próprio corpo. Assim, os indivíduos com deficiências físicas encontram frequentemente dificuldades no desenvolvimento de Autopercepções positivas, tanto das competências físicas como sociais (Frank, 1988; Nixon, 1984; Phillips, 1985; citado por; Blinde & McClung, 1997). Deste modo, de acordo com Blinde (1997) a participação de pessoas deficientes em actividades desportivas e recreativas oferece a esses sujeitos a oportunidade de melhorarem as suas Autopercepções quer no domínio físico, quer no domínio social. Estudos realizados por Taleporos & McCabe (2001), sugerem que o

feedback do ambiente social é um poderoso mediador da Autoestima de indivíduos com deficiência motora. Estes autores vêm reforçar a ideia de que as Autopercepções desenvolvem-se através de um processo contínuo de interacção social, pois as pessoas tomam consciência de quem são e de como são vistas como indivíduos, através de interacções que estabelecem no quotidiano como outras pessoas. O conhecimento da identidade individual é construído com base nas definições, nas ideias e nos valores que os outros têm de nós próprios.

Pelo o facto de o corpo ser um mecanismo através do qual esta actividade se manifesta, a participação poderá afectar o Autoconceito físico (Goodling & Asken, 1987; Greenwood, et al. 1990; Hedrick, 1985; também e Blinde, 1996). Segundo Szyman (1980), em estudos já realizados, que envolvem o aumento da Autoestima em pessoas com deficiência motora, demonstra-se uma associação significativa entre o nível de participação no desporto e a Autoestima global.

Outros estudos revelam também, que indivíduos com deficiência motora são mais bem dispostos (Campbell & Jones, 1994; Greenwood, Dzwaltowski & French, 1990; Paulsen, French & Sherril, 1990).

Um estudo realizado com um grupo de indivíduos do sexo masculino com lesão espinal, também destacou o impacto negativo da deficiência motora na Imagem Corporal (Romeu, Wanlass & Arenas, 1993). Outros estudos posteriores, vieram também provar isto mesmo, que a percepção e satisfação corporal relativas às capacidades corporais destes indivíduos com deficiência motora, tinham um impacto geralmente negativo. Foi também a esta conclusão que Wolman et al, (1994) chegaram sugerindo a provável existência de um alteração negativa entre Autoestima e deficiência motora.

Mas existe também o reverso da moeda, pois vários estudos (DePauw, 1990; Nixon, 1984; Sherril & Williams, 1996; West, 1984; cit in Blinde & McClung, 1997) referenciaram indivíduos com deficiência motora que negaram com frequência oportunidades de qualidade para desenvolver este tipo de participação desportiva.

Valliant et al. (1985), analisou as diferenças ao nível da Autoestima entre indivíduos com deficiência activos e não activos e encontrou diferenças altamente significativas, com indivíduos activos a apresentarem valores médios mais elevados. São vários os estudos (Willis & Campbell, 1992; Kamal et al., 1995) que referem que os indivíduos praticantes de actividade física regular apresentam um bem estar psicológico

superior aos não praticantes. Este facto deve-se à combinação possível de factores sociais, psicológicos e fisiológicos que o desporto pode oferecer.

Apenas na década de 90 surgiram estudos que consideram os perfis psicológicos de indivíduos participantes em desportos de cadeiras de rodas e indivíduos não participantes (Greenwood et al. 1990; Paulsen et al. 1990).

Greenwood et al. (1990) chegaram a resultados que sugeriam que participantes em Ténis de cadeira de rodas tinham estados mais positivos do que os indivíduos de cadeira de rodas não praticantes.

Paulsen (1990), de acordo com os resultados de um estudo revelou que os atletas praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas tinham níveis significativamente inferiores de depressão quando comparados com os indivíduos não atletas. Este autor acreditava que a participação em actividades desportivas promovia a saúde mental.

Campbell e Jones (1994), elaboraram um estudo onde pretendiam comparar o bem-estar psicológico de atletas em cadeira de rodas e não atletas. Estes verificaram que o grupo de não atletas possuía um perfil de bem-estar positivo com baixa tensão, depressão e irritação. Contrariamente a este grupo, o grupo de atletas revelou possuir elevados níveis de autoridade e Autopercepções positivas.

Um ano mais tarde (1995), este autor analisou as diferenças no bem-estar psicológico entre atletas de cadeira de rodas com deficiência congénita e com deficiência adquirida, onde ficou demonstrado que o grupo de atletas com deficiência motora adquirida possuía um nível mais elevado de Autoestima relativamente ao grupo de atletas com deficiência motora congénita.

Duarte et al, (1997) ao analisarem o Autoconceito de indivíduos amputados praticantes de actividades desportivas e não praticantes, verificaram que os níveis de Autoconceito dos praticantes era mais elevado do que os sedentários. 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 permita a experiência de sucesso, de realização, trazendo sentimentos positivos acerca de muitos aspectos do ser (Sherrill, 1997).

Outras variáveis que também devemos ter em conta quando se fala no estudo do bem-estar psicológico de indivíduos com deficiência motora, dizem respeito aos factores contextuais (origem da deficiência, género), sociais, ambientais e psicológicos que influenciam o desenvolvimento da Autoestima, assim como a dimensão em que o indivíduo interpreta a desordem ou incapacidade (Imrie, 1997, Sherril, 1997).

Através de um dos seus estudos, Hopper (1984) revelou que existia uma relação entre Autoestima, gravidade da deficiência física e a idade em que o indivíduo adquiria a inabilidade. Este chegou à conclusão de que quanto mais grave fosse a incapacidade física, mais baixa era a Autoestima do indivíduo. Por sua vez quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo. Ainda assim este estudo revelou possuir algumas limitações, pois apenas foi estudada uma variável, a Autoestima como bem-estar psicológico.

Outros autores, (Green, Pratt & Grigsby, 1984, Patrick, 1986; citado por Ferreira *in press*) estudaram a variação dos níveis de Autoestima ao longo do tempo e demonstraram que em atletas em cadeira de rodas, esta aumenta numa fase inicial, estabilizando cerca de quatro anos após a ocorrência da lesão.

Relativamente à relação existente entre as competências sociais e as componentes físicas, verifica-se que quando as expectativas sociais são baixas, em termos de capacidades físicas do corpo, as oportunidades de maximizar o potencial físico poderão ser limitadas.

Um recente estudo exploratório realizado por Ferreira (Ferreira, Fonseca & Santos, 2004; citado por Ferreira 2005)) onde estavam incluídos 5 indivíduos do sexo feminino praticantes de basquetebol de cadeira de rodas (este número reduzido de basquetebolistas do sexo feminino em cadeira de rodas traduz a realidade da modalidade em Portugal), conclui que as atletas do sexo feminino, apresentam valores médios mais elevados comparativamente às restantes participantes do mesmo sexo, mas com características sedentárias em todos os domínios do PSPPP

É ponto assente que as mudanças corporais resultantes da prática de actividade física podem melhorar a Imagem Corporal que cada individuo possui, e assim promover e aumentar os níveis de Autoconceito (Kamal et al., 1995; Weinberg & Gould, 1995; Youn, 1985, citado por Cruz et al, 1996), pois as pessoas activas avaliam melhor o seu corpo de forma mais positiva que as pessoas sedentárias.

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 e sem deficiência motora (USDHHS, 1999).