

## **CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo iremos proceder à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior. Esta tem como objectivo ajudar a compreender melhor os valores obtidos e o contributo da pesquisa em termos de investigação.

O presente estudo baseou-se na avaliação da Autoestima Global, do Autoconceito Físico e da Imagem Corporal em indivíduos do sexo feminino com deficiência motora e sedentários. Com base nos resultados obtidos, através da estatística descritiva verificámos que das vinte e quatro mulheres inquiridas no presente estudo, 8,3% pertencem ao grupo etário dos 8 aos 20 anos de idade; 20,8% dos indivíduos pertencem à faixa etária dos 21 aos 40 anos de idade, a maioria da nossa amostra, 58,3% dos sujeitos, pertence ao grupo etário compreendido entre os 41 e os 60 anos de idade. Existe ainda 12,5% de mulheres que se encontram acima dos 61 anos de idade. Assim, esta amostra é consideravelmente mais velha ( $45,50 \pm 15,66$ ) do que a amostra apresentada no estudo semelhante (Machado & Ferreira, 2004), onde a média de idades é  $26,11 \pm 4,70$ . Ao contrário do sexo masculino, onde a maior causa de lesões vertebro-medulares são os acidentes de viação, no sexo feminino as quedas (de escadas, escadotes, cadeiras, etc...) constituem a principal causa de lesões vertebro-medulares. A predominância deste tipo de deficiência motora em mulheres adultas e idosas é fundamentado com base na “velhice”, isto é, com o aumento da idade verifica-se uma diminuição da agilidade motora, força física e equilíbrio, o que torna as mulheres mais susceptíveis a este tipo de acidentes.

Relativamente à origem da deficiência, 12,5% das mulheres inquiridas, adquiriram a deficiência numa fase pré-natal ou natal, deficiência congénita, e 87,5% adquiriram a deficiência numa fase pós-natal, deficiência adquirida. Já no estudo desenvolvido por Machado e Ferreira (2004) a totalidade das mulheres com deficiência motora sedentárias possuem deficiência adquirida. Esta incidência na deficiência adquirida justifica-se pela mesma razão enunciada anteriormente para justificar a elevada média de idades.

No que diz respeito ao tipo de lesão, podemos afirmar que 48,3% dos inquiridos apresentam traumatismos vertebro-medulares e 12,5% de sujeitos possuem poliomielite. Com a mesma percentagem, podemos encontrar indivíduos com spina bífida (12,5%) e amputados (12,5%), 4,2% dos inquiridos evidenciam distrofia muscular.

Em relação ao tempo de ocorrência da lesão, constatámos que 29,2% dos indivíduos que integravam a amostra adquiriram a lesão há menos de um ano, 8,3% dos inquiridos adquiriram a lesão num período compreendido entre 1 e 4 anos. Verificámos ainda que 12,5% dos sujeitos adquiriram a lesão no período dos 5 aos 10 anos, mas a maioria das mulheres inquiridas (50%) já possui lesão há mais de 10 anos.

Os valores de estatística descritiva relativos ao score obtido na Autoestima Global demonstram que o valor médio obtido na nossa amostra é similar ao valor médio obtido na amostra de indivíduos do sexo feminino sedentários, recolhida por Machado e Ferreira (2004). Estes valores médios são inferiores aos valores apresentados pelas mulheres praticantes de actividade física regular (Machado & Ferreira, 2004), o que é confirmado pelos resultados já obtidos em outros estudos (Valliant et al., 1985; Willis & Campbell, 1992; Sherrill, 1997) que, 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 riqueza das experiências sociais a que o praticante desportivo está sujeito durante o processo de treino e em todo o envolvimento do fenómeno desportivo (Batista, 2000). Assim, “associa-se a prática desportiva regular a uma maior capacidade do indivíduo com deficiência suportar tensões, controlar os seus níveis de ansiedade, ultrapassar depressões e solidificar a construção da sua identidade” (Ferreira, *in press*).

Se compararmos as Autopercepções do domínio físico do nosso estudo com o estudo de Ferreira e Fox (2004) e Machado e Ferreira (2004) verificamos que, no que diz respeito à dimensão da Atracção Corporal, os valores são superiores em indivíduos sedentários (14,79), comparativamente aos indivíduos praticantes de actividade física regular (14,00 e 13,75). Possivelmente o facto das mulheres que praticam desporto apresentarem uma maior exposição física (exemplo: nadadoras) e um contacto diário e mais directo com o seu corpo e com as alterações produzidas pela deficiência proporciona situações de comparação, reflexão e crítica, ao contrário do que acontece com as mulheres sedentárias, que não são tão frequentemente confrontadas com o aspecto físico dos seus corpos, visto estarem encobertos pelas roupas usadas diariamente. Assim se justifica que estas tenham uma percepção ilusória em relação à Atracção Corporal, apresentando por isso valores superiores. As autopercepções, para além de serem da responsabilidade do próprio indivíduo, são também influenciadas por crenças sociais e por expectativas. (Williams, 1994). Tais criações são o resultado da interacção individual com o envolvimento e com os outros indivíduos que o rodeiam.

Na dimensão da Força Física são as mulheres activas (Ferreira & Fox, 2004) que revelam possuir valores mais elevados (18,00) se comparados com os valores apresentados no presente estudo (12,08). Estes valores podem justificar-se pela diminuta adesão das mulheres à prática desportiva, isto é, uma vez que são tão poucas as mulheres a praticar actividades físicas e desportivas, o simples facto de aderirem a estas actividades fá-las sobrevalorizar, de imediato, esta dimensão (Força Física), atingindo assim valores mais elevados em relação a este constructo.

Pelo facto de o corpo ser um mecanismo através do qual esta actividade se desenvolve e exterioriza, a participação poderá afectar o Autovalorização Física (Goodling & Asken, 1987; Greenwood, et al. 1990; Hedrick, 1985; e Blinde, 1996). Também Fox (2000) refere que o exercício físico pode ser utilizado como meio para promover as Autopercepções no domínio físico. Mas, ao contrário do que seria de esperar, são as mulheres sedentárias que apresentam valores de Autovalorização Física superiores (16,38), se comparados com os resultados obtidos nos estudos de Machado e Fox (2004) - (15,40). Estes valores podem ser ilusórios, pois são certamente influenciados pelo ambiente hospital em que a maioria dos questionários foram recolhidos (45,8%), assim por estarem em regime hospitalar, pode concluir-se que estes sujeitos adquiriram a lesão há relativamente pouco tempo; daí não terem consciência plena das implicações que a deficiência provocou nos seus corpos. Vendo agora a perspectiva dos restantes 54,2% que não se encontram em regime hospitalar, podemos aceitar uma afirmação provida de uma das inquiridas, como uma possível razão para justificar as diferenças existentes entre as amostras, pois as mulheres adultas sedentárias dão maior importância à sustentação da família no dia-a-dia, através de tarefas domésticas simples, como a preparação das refeições, do que propriamente à participação em actividades desportivas. Ora, como aquela ocupação – mães de família – é ostentada pela maioria das inquiridas no seu quotidiano, é compreensível que seja esta a razão da sua Autovalorização a nível Físico.

Mas, de uma forma genérica, os indivíduos praticantes de actividade física possuem um valor médio superior (15,93), no que diz respeito aos constructos do Autoconceito Físico, quando comparados aos indivíduos sedentários presentes no nosso estudo e no estudo de Machado e Ferreira (2004). O mesmo se verifica em outros estudos já realizados (Kamal et al., 1995; Ferreira, Fonseca & Santos, 2004) que referem que os atletas possuem um Autoconceito maior que os não atletas.

Em relação à Imagem Corporal na nossa amostra (amostra 1), tal como na amostra 2 (Machado & Ferreira, 2004), a dimensão com valores médios mais elevados é a Satisfação/Insatisfação já se compararmos estes estudos com o estudo referido na amostra 4 (Machado & Ferreira, 2004), referente a indivíduos praticantes de actividade física, verificamos que os valores médios são superiores na Actividade/Passividade. No que concerne à Imagem Corporal, a amostra 4 (indivíduos praticantes) apresenta valores médios superiores aos apresentados nas amostras 1 e 2 (indivíduos sedentários). Estes resultados seguem a mesma linha de pensamento proposta por Huddy, Niemn e Johnson (1993), que advogam possível o efeito das actividades físicas desportivas ao nível da Imagem Corporal. Outros investigadores sugerem que os atletas possuem um Autoconceito mais elevado que os não atletas em áreas do Autoconceito relacionadas com competências atléticas e a Imagem Corporal (Marsh, et al., 1986), uma vez que a vivência das actividades físico-desportivas trazem aos seus praticantes modificações físicas e psicológicas positivas (Batista, 2000).

Relativamente à estatística inferencial, no que concerne à variável grupo etário, não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos pertencentes a diferentes faixas etárias, em nenhuma das variáveis dependentes do presente estudo. Ainda assim, de realçar que a Autoestima e o Autoconceito físico apresentam valores superiores no grupo etário mais jovem, podendo justificar-se esta diferença pelo facto deste grupo, apesar da deficiência que possui, ter grandes expectativas para o futuro, nomeadamente a nível da sua reabilitação física, apresentando, por isso, valores de Autoestima e Autoconceito físico um pouco superiores. Ainda assim, é importante salientar que o reduzido número de indivíduos que constituem esta faixa etária ( $n=2$ ), pode influenciar os resultados obtidos.

Assim, aceitamos a hipótese nula  $1H_0$  e refutamos a hipótese alternativa  $1H_1$ , uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável faixa etária. Do mesmo modo, aceitamos a hipótese nula  $2H_0$  e refutamos a hipótese alternativa  $2H_1$ , pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico (Autoconceito físico e suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física) em função da variável faixa etária. Em relação à Imagem Corporal aceitamos a hipótese nula  $3H_0$  e refutamos a hipótese alternativa

3H1, já que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Relaxamento/Tensão, Actividade/Passividade) em função da variável faixa etária.

No que concerne à variável origem de deficiência, apenas para a Confiança Física e Força Física do Autoconceito físico e Actividade/Passividade da Imagem Corporal os indivíduos com deficiência adquirida possuem valores médios superiores. O facto dos indivíduos com deficiência adquirida possuírem vivências anteriores, de uma maior robustez e força física, pode levá-los a que, mesmo tendo sofrido uma lesão motora, possuam elevados níveis de Confiança e Força Física. Ainda assim, estes não são relevantes, pois a Autoestima Global, o Autoconceito físico e a Imagem Corporal apresentam valores superiores quando se referem a indivíduos com deficiência congénita. Estes resultados contrapõem-se a resultados obtidos por estudos realizados por Hopper (1984), que revelam existir uma relação entre a Autoestima e a idade com que o indivíduo adquirida a inabilidade, pois quanto mais tardia fosse adquirida a incapacidade física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo. Ao contrário dos indivíduos com deficiência adquirida, que criam um Autoconceito (“Eu”), e a meio do processo de estabilização desta são obrigados a construir um novo conceito do próprio “Eu”, os indivíduos com deficiência congénita, estão em permanente construção e estabilização do “Eu” que se formou ao longo da adolescência. Esta estabilização leva ao fortalecimento do “Auto” que, como consequência, provoca o aumento da Autoestima. No que diz respeito à Imagem Corporal, o facto dos indivíduos com deficiência congénita nunca terem percebido outra realidade a nível motor, senão aquela que vivem, obriga-os a aprender, desde cedo, a lidar com as dificuldades impostas pelo mundo e a sociedade conseguindo, deste modo, superar psicologicamente as disfunções adquiridas, realçando assim o seu bem-estar psicológico. Esta é uma perspectiva que contradiz a hipótese de “crescer através das adversidades” (Glueckauf & Quittner, 1984; Sherril, Sylliman, Gench & Hinson, 1990, citado por Campbell, 1995), que considera que os indivíduos com disfunções adquiridas mais tarde, na vida, têm de desenvolver melhores skills de superação conseguindo, assim, atingir níveis de Autoestima superiores.

Assim, aceitamos a variável nula 4H0 e refutamos a hipótese alternativa 4H1, pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável origem da deficiência. Do mesmo modo, aceitamos a hipótese nula 5H0 e refutamos a hipótese alternativa 5H1, uma vez que não existem diferenças

estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico (Autoconceito físico e suas componentes: Confiança Física, Atração Corporal, Força Física e Autovalorização Física) em função da variável origem da deficiência. Por sua vez, aceitamos parcialmente a hipótese alternativa 6H1 e refutamos a hipótese nula 6H0, pois existem diferenças significativas marginais, com uma probabilidade de erro  $p \leq 0.01$ , entre as variáveis relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento), em função da variável origem da deficiência.

Em relação ao tempo de ocorrência de lesão apesar de não serem valores estatisticamente significativos observamos que os sujeitos com valores superiores na Autoestima Global, no domínio físico e na Imagem Corporal, são os que adquiriram a deficiência num período compreendido entre 1 e 4 anos, seguido das mulheres que adquiriram a deficiência há mais de 10 anos; isto verifica-se durante os primeiros anos após a lesão pois, por um lado, estes ainda não têm plena consciência das suas capacidades motoras e, por outro, continuam com elevadas expectativas de recuperação e relação aos seu estado físico. Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados por Green, Patt e Grigsby (1984), Patrick (1986), que estudaram a variação da Autoestima em indivíduos de cadeira de rodas. Esta aumenta numa fase inicial, estabilizando cerca de quatro anos após a ocorrência de lesão. O facto dos indivíduos com deficiência há mais de 10 anos serem os segundos com valores médios de Autoestima Global superior, deve-se à confiança que estes adquirem em si próprios, ao longo dos anos. Analisando os vários constructos do domínio físico, verificamos que a dimensão da Atração Corporal e Autovalorização Física apresentam valores mais elevados em mulheres que adquiriram a lesão há mais de 10 anos, pois após estabilização do “Eu”, para uma população com este tipo de características (mulheres sedentárias), é dada mais relevância à Autovalorização e Atração Física, em detrimento de aspectos relacionados com Força. No que diz respeito à Imagem Corporal, apenas na dimensão Acessibilidade/Retraimento, as mulheres que adquiriram a deficiência há menos de 1 ano obtêm valores superiores (11,57). É compreensível que o grupo que adquiriu a lesão há menos tempo apresente valores de receptividade a experiências sensoriais e corporais, superiores aos apresentados pelos restantes inquiridos, pois estes indivíduos encontram-se numa fase de adaptação à sua nova Imagem Corporal.

Assim, aceitamos a hipótese nula 7H0 e refutamos a hipótese alternativa 7H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável tempo de ocorrência de lesão. Do mesmo modo, aceitamos a

hipótese nula 8H0 e refutamos a hipótese alternativa 8H1, porque não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico (Autoconceito físico e suas componentes: Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física) em função da variável tempo de ocorrência de lesão. Em relação à Imagem Corporal, aceitamos a hipótese nula 9H0 e refutamos a hipótese alternativa 9H1, pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Relaxamento/Tensão, Actividade/Passividade), em função da variável tempo de ocorrência de lesão.

No que diz respeito ao tipo de deficiência, apesar dos valores apresentados não serem estatisticamente significativos, podemos observar que as mulheres com poliomielite são as que possuem valores médios de Autoestima Global, Autoconceito físico e Imagem Corporal mais elevados, o que vai ao encontro de afirmações efectuados por Hopper (1984), que realizou um estudo que, apesar de possuir algumas limitações, por apenas ser estudada a Autoestima como bem-estar psicológico, concluiu que existia uma relação entre Autoestima e a gravidade da deficiência, em que, quanto menos grave fosse a incapacidade física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo. Em relação à Imagem Corporal, a percepção e satisfação corporal relativas às capacidades corporais destes indivíduos com deficiência motora têm um impacto negativo, sendo as mulheres tetraplégicas as que possuem menor satisfação com o seu corpo. Foi também a esta conclusão que chegou Wolman et al. (1994), que sugeriram a provável existência de uma alteração negativa entre Autoestima Global e deficiência motora. Ainda assim, em relação à Imagem Corporal, na dimensão Acessibilidade/Retraimento e Actividade/Passividade, os indivíduos com distrofia muscular são os que apresentam valores mais elevados, apesar de se tratar apenas de um sujeito, este valor pode justificar-se pela mesma razão referida por Hopper (1984), isto porque esta senhora inquirida possui distrofia muscular apenas num dos membros superiores. Em relação ao Autoconceito físico, ao contrário do que seria de esperar, os valores encontrados relativamente à Confiança Física e Força Física são mais elevados em indivíduos traumatizados vertebro-medulares. Os paraplégicos possuem uma média de 13,13 na dimensão da Força Física, possivelmente porque são obrigados a desenvolver os membros superiores para lhes permitir a locomoção dando assim, um maior relevo a esta dimensão. Inexplicavelmente, os tetraplégicos apresentam 14,67 na dimensão da Confiança Física.

Mesmo tendo algumas diferenças, aceitamos a hipótese nula 10H0 e refutamos a hipótese alternativa 10H1, uma vez não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável tipo de deficiência. O mesmo acontece relativamente ao Autodomínio físico, pois aceitamos a hipótese nula 11H0 e refutamos a hipótese alternativa 11H1, pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito físico e suas componentes, Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física), em função da variável tipo de deficiência. Relativamente à Imagem Corporal, aceitamos a hipótese nula 12H0 e refutamos a hipótese alternativa 12H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Relaxamento/Tensão, Actividade/Passividade), em função da variável tipo de deficiência.

O facto destes indivíduos serem sedentários retira, de imediato, todos os benefícios que este tipo de actividade proporciona, justificando assim que a quase totalidade das diferenças existam, mas não sejam significativas dentro do grupos dos sedentários.