

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E EDUCAÇÃO FÍSICA

**Auto Estima e Competência Física Percebida no Desporto
Adaptado**

**Estudo exploratório em atletas com deficiência motora e com deficiência
intelectual**



Nuno Miguel Gonçalves Gravito

Coimbra 2007

Monografia apresentada com vista à obtenção do grau de licenciado em Ciências do Desporto e Educação Física pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Sob coordenação do Prof. Doutor José Pedro Ferreira e orientação da Mestre Maria João Campos.

AGRADECIMENTOS

Eis que chega o momento de agradecer a algumas pessoas que tornaram possível a realização deste estudo, e, sem eles nunca teria conseguido concluí-lo com êxito. Assim, expresso aqui o meu profundo agradecimento e reconhecimento.

Ao meu coordenador, Professor Doutor José Pedro Ferreira, pelos conhecimentos transmitidos durante a elaboração deste trabalho.

À minha orientadora, Mestre Maria João Campos, pela orientação prestada na elaboração deste estudo, acompanhamento e transmissão de saberes, que sem estes nunca conseguiria ter terminado o trabalho.

Aos meus colegas seminaristas, pelas “dicas” oferecidas e pela luta que eles desenvolveram na consecução das nossas investigações.

À minha família, que de uma maneira ou de outra tentaram sempre me apoiar, dando o incentivo necessário à sua realização.

Aos verdadeiros amigos de Coimbra e da Covilhã, que sempre estiveram nos momentos de aperto e de descontração.

À minha namorada, pelo tempo que tive em falta com ela, em prol deste estudo, bem como o apoio mostrado nos momentos mais difíceis.

Às instituições do APPACDM, APPC, ARCIAL e CERCIG, de vários pontos do país, entre outras, que sempre se disponibilizaram, da melhor ou pior maneira, para a obtenção dos dados necessários, e fundamentais para a realização deste estudo.

Por fim, ao principal factor que fez com que eu pudesse chegar a este ponto da minha formação académica, os meus pais, que eu adoro e que sempre me incentivaram e apoiaram em todas as decisões que tomei.

A todos, Muito Obrigado!!!

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	I
ÍNDICE GERAL	II
ÍNDICE DE FIGURAS	IV
ÍNDICE DE TABELAS	V
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	VI
LISTA DE ANEXOS	VII
RESUMO	VIII
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
1.1 Enquadramento do estudo	1
1.2 Formulação do Problema	3
1.3 Pertinência e objectivos do estudo	3
1.4 Hipóteses e Expectativas	4
1.5 Estrutura	4
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 As AutoPercepções	7
2.1.1 Auto Conceito	8
2.1.2 Auto Estima	11
2.1.2.1 Autoestima e relação com outras variáveis	12
2.1.2.2 Impacto da Actividade Física na Autoestima	14
2.1.3 Auto-eficácia	14
2.1.4 Competência Física	16
2.2 A problemática da deficiência	19
2.2.1 A sociedade e a deficiência	19
2.2.2 O desporto adaptado	21
2.2.3 Impacto do exercício físico na população em condição de deficiência	23
2.2.4 Auto percepções na população em condição de deficiência	28

CAPÍTULO III – METODOLOGIA	31
3.1 Caracterização do estudo	31
3.2 Procedimentos de selecção da amostra	32
3.3 Caracterização da amostra	32
3.4 Instrumentos de avaliação	33
3.4.1 Ficha de caracterização individual	33
3.4.2 Instrumento de avaliação das Autopercepções no domínio físico	34
3.4.3 Instrumento de avaliação da Autoestima	35
3.4.4 Instrumento de avaliação da Competência Física Percebida	36
3.5 Procedimentos de aplicação do instrumento	37
3.6 Procedimentos de análise e tratamento dos dados	37
3.7 Definição e caracterização das variáveis em estudo	38
3.7.1 Variáveis independentes	38
3.7.2 Variáveis dependentes	39
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
4.1 Estatística Descritiva das variáveis dependentes e independentes em estudo	40
4.2 Estatística Inferencial das variáveis dependentes e independentes em estudo	45
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES	57
6.1 Conclusões de carácter descritivo e inferencial	57
6.2 Limitações do estudo	58
6.3 Recomendações	59
CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Hipótese dos três níveis de organização hierárquica da auto-estima (adaptado de Fox, 1998, p.237; Fox & Corbin, 1989, p.414) 10

Fig. 2- Três modelos explicativos da estrutura da Autoestima (Fox, K.R., & Corbin, C.B., 1989) 12

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Objectivos do desporto adaptado	28
Tabela 2 – Variável Género	41
Tabela 3 – Variável Condição de deficiência	42
Tabela.4 – Variável Grupo Etário	42
Tabela.5 – Variável Estado Civil	42
Tabela.6 – Variável Grupo Profissão/Actividade	43
Tabela.7 – Variável Historial da Prática Desportiva	43
Tabela.8 – Variável Prática Desportiva Semanal	44
Tabela.9 – Variável Nível de Competição Desportiva	44
Tabela.10 – Variável Modalidades Praticadas	44
Tabela.11 – Variáveis Dependentes	45
Tabela.12 – Variável Género vs. Variáveis dependentes	46
Tabela.13 – Estudo Estatístico da Variável Condição de deficiência vs. Variáveis dependentes	46
Tabela.14 – Estudo Estatístico da Variável Nível Competitivo vs. Variáveis dependentes	47
Tabela 15 – Correlação entre variáveis dependentes	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AE – Auto Estima

APA – American Psychiatric Association

APPACDM – Associação de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

APPC – Associação de Pais da Paralisia Cerebral

ARCIAL – Associação de Recuperação de Crianças Inadaptadas Oliveira do Hospital

DI – Deficiência Intelectual

DM – Deficiência Motora

DREC – Direcção Regional do Educação do Centro

FEM. - Feminino

M – Média

MASC. - Masculino

N- número de indivíduos da amostra

P – Probabilidade

PPA – *Perceived Physical Ability*: subescala da PSES

PSES- *Physical Self-Efficacy Scale*

PSPP- Perfil de Auto- Percepção Física

QI – Quociente de Inteligência

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Sd – Desvio Padrão

T – *T-Test Student*

% - Percentagem

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização para a aplicação do questionário, dirigido aos encarregados de educação

Anexo 2 – Pedido de autorização para a aplicação do questionário, dirigido às instituições.

Anexo 3 – Questionário Aplicado: Ficha de caracterização Individual, Escala da Auto Estima, Perfil de Auto Percepção Física: PSPP-P, Escala da auto-eficácia física: sub-escala da capacidade física percebida.

RESUMO

Com a realização deste estudo pretende-se avaliar no domínio das autopercepções, a autoestima e competência física percebida, de indivíduos com deficiência que pratiquem desporto, bem como procurar explicar outras variáveis, tais como a idade, o género, a prática desportiva, a condição de deficiência; susceptíveis de mostrar diferenças significativas e preditora de alguma diversidade de opiniões. Esta investigação, de carácter exploratório, surge no âmbito da tentativa de melhorar e aprofundar a área em causa, pois através dos resultados poderão criar-se estratégias para a avaliação e intervenção no domínio cognitivo, mais especificamente nas autopercepções.

O presente estudo realizou-se, tendo por base uma amostra de 50 indivíduos (N= 50), dos quais 17 eram do género feminino, e 33 do género masculino. As idades da amostra estão compreendidas entre os 12 e os 43 anos (M= 24,98; Sd= 7,141), sendo que em relação à deficiência apresentada, encontramos 37 indivíduos com deficiência intelectual e 13 com deficiência motora. A recolha dos dados foi efectuada na zona centro do país, em instituições dos distritos de Coimbra, Guarda e Castelo Branco

Para esta investigação, foram necessários vários testes e escalas, de modo a conseguir definir o nível de auto percepção geral da população em causa. Para avaliar a Auto Estima foi usada a escala *Rosenberg Self-Esteem Scale (1965)*, enquanto que a competência física percebida utilizou-se o instrumento *Physical Self-Efficacy Scale*: sub-escala *Perceived Physical Ability*.

Os resultados mostraram-se satisfatórios, onde se destaca o género masculino e a condição de deficiência intelectual, como os que mais positivamente se percebem.

Os níveis da Autoestima e da Competência Física percebida revelaram-se positivos, o que pode induzir o impacto que a actividade física representa nas variáveis dependentes em estudo, onde verificamos uma influência positiva.

ABSTRACT

This study pretends to evaluate, in the domain of self perceptions, the self-efficacy, self-esteem and physical perceived competence, of individuals with disabilities that practice sports, and also try to explain other variables like the age, gender, sports practice, the condition of disability; that are susceptible of make significant differences in the results that cause divergence in the opinions. This investigation appears as an attempt of improve and go deeper in the subject in question, because, through the analyse of the results, can be created strategies to the evaluation and intervention in the cognitive domain, more specifically in the self perceptions.

The present study is based in 50 individuals (N=50), in which are 17 females, and 33 males. The age of the individuals is between 12 and 43 years old (M= 24, 98). Related to disorder we can find in this “sample” 37 individuals presenting intellectual disabilities and 13 motor disabilities. This study was based on information collected in the centre of the country, in institutes of the districts of Coimbra, Guarda and Castelo Branco.

For this investigations were necessary several tests and scales, in way to define the general level of auto perception of the studied population. To evaluate the self-esteem was used the scale of Rosenberg *Self-Esteem Scale (1965)*, while in the physical perceived competence was used the *Physical Self-Efficacy Scale: sub-scale Perceived Physical Ability*.

The results revealed to be good, specially in the male gender and in the intellectual disabilities' condition.. These were the ones that have better auto perception.

The self-esteem's and the physical perceived competence levels revealed positives, this can explain the impact that physical activity represents in the dependents variables in study, where we can see a positive influence.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 Enquadramento do estudo

A problemática da deficiência tem sofrido inúmeras alterações ao longo dos anos. Desta forma, nos dias de hoje assiste-se a uma tentativa de proporcionar cada vez mais, num aumento e melhoramento das condições de ajustamento da vida a esta população, com o intuito de lhes garantir o mesmo tipo de oportunidades que os indivíduos ditos normais.

Mesmo assim, parece existir ainda um grande trabalho a desenvolver nesta área, nomeadamente quando falamos dos parâmetros cognitivos. A investigação neste âmbito em crianças e jovens com deficiência é relativamente escassa e ainda se torna mais reduzida quando se trata de grupos específicos (síndrome de down, paralisia cerebral,...). É neste contexto, que este estudo se insere, pois tem por objectivo principal analisar o modo como os indivíduos com deficiência, percebem a sua auto estima e competência física percebida dentro de um quotidiano que lhes é comum.

Com o crescente interesse no bem-estar das populações com deficiência, os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos, nomeadamente no seio da psicologia, tem procurado explicar o modo como as pessoas se percebem. A definição de autopercepções tem vindo ao longo dos tempos diferentes perspectivas, pois este conceito não apresenta ainda uma definição conceptual, apresentando um carácter complexo. Muitos autores, avançaram com as suas próprias definições; no entanto, verifica-se que em todas elas está presente a ideia de que as autopercepções são o conjunto de percepções que temos em relação a nós próprios, a nível social, emocional e físico, no meio que nos rodeia no dia a dia. Os estudos realizados, na população com deficiência, denotam-se pela escassez, em grande parte devido às dificuldades de avaliação, pois os instrumentos ainda não são muito desenvolvidos e os instrumentos específicos não estão totalmente validados.

Inseridas no processo de ensino, as autopercepções encaram-se como resultado bem como variável preditora/ explicativa. Os indivíduos com deficiência encontram com frequência dificuldade em desenvolver autopercepções positivas nas competências físicas. Já a autoestima e a competência percebida são constructos que influenciam

directamente a motivação, a auto-avaliação e o desenvolvimento social das pessoas (Sherril, 1997).

Ainda assim, é de destacar que os professores de Educação Física alegam que a autoestima dos alunos melhora com a participação nas aulas. Aliás, um dos objectivos do processo ensino-aprendizagem é de melhorar a autoestima dos alunos.

Muitos autores propuseram a existência de uma relação entre as autopercepções de habilidades ou competências e o comportamento. Segundo as ideias de Fox (1999), a Autoestima apresenta-se como um factor determinante para o bem-estar psicológico, daí que surja ligada a aspectos que a tornam importante para a saúde mental. Já no que diz respeito à Autoeficácia, este conceito tem provado ser um constructo bastante versátil, com aplicações em muitas áreas e especialidades da Psicologia. Apesar de as primeiras pesquisas se centrarem no domínio da ansiedade e controlo da ansiedade, as investigações posteriores estenderam o conceito para o domínio da aprendizagem e educação, organizacional, aconselhamento e psicoterapia, controlo e manutenção da saúde (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996). Para Harter, a competência é o domínio percebido das habilidades nos domínios cognitivo, social e físico. Esta autora defende que, a criança não se sente competente em todos os domínios das habilidades, ou seja, distingue a sua competência em diferentes domínios, como constatou com a aplicação dos seus instrumentos.

A formação do “Eu”, ou constituição de uma nova identidade pode considerar-se um processo crítico, fundamentalmente em indivíduo com incapacidades físicas. Tornar-se deficiente ou nascer em condição de deficiência, pressupõe uma aprendizagem que decorre de um contínuo processo de interacção social, onde se desenvolvem as autopercepções (Ferreira, 2005).

Fox (2000), entre muitos outros autores, defende que uma das formas para potenciar o aumento de autopercepções positivas de um indivíduo com deficiência é a promoção à participação em actividades desportivas de carácter recreativo ou competitivo

É de referir ainda a importância da família, que através da sua aceitação, pois estimula o sentimento de desejo e receptividade. Se a criança for aceite pela própria família, mais facilmente se sentirá querida pelos seus pares, aumentando não só a autoestima, bem como as outras capacidades cognitivas.

1.2 Formulação do Problema

Ao realizar o presente estudo pretende-se responder à questão: “Será que existem factores susceptíveis de provocar diferenças significativas nas capacidades psicológicas, nomeadamente a auto-estima e competência física percebida, nos atletas de desporto adaptado?”

1.3 Pertinência e Objectivos do estudo

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

È ainda objectivo deste estudo, procurar explicar outras variáveis, tais como a idade, o género, a prática desportiva, o tipo de deficiência; susceptíveis de mostrar diferenças significativas e preditora de alguma diversidade de opiniões.

Este estudo assume particular relevância, pois apresenta-se como uma das primeiras investigações realizadas em Portugal, no âmbito das autopercepções. A bateria de testes utilizada, leva a que este estudo se nomeie como o primeiro a ser aplicado à população a que está destinado, uma vez que o teste da Auto-eficácia física é a primeira vez que está a ser aplicado. Assim, esta investigação denota-se pelo seu carácter exploratório e inovador, pois mais nenhuma foi realizada antes no nosso país.

Assim, as conclusões exortadas no final, permitirão compreender de que forma estes constructos são percebidos por esta população, assim como procurar a existência de autopercepções positivas, essenciais no processo de socialização e bem-estar, bem como no de ensino-aprendizagem.

1.4 Hipóteses e Expectativas

Através deste estudo, espera-se conseguir desvendar mais uma vez o paradigma das Autopercepções no domínio físico, quando analisado em populações especiais. Pretende-se então, elaborar alternativas, e realizar uma reflexão critica de modo a melhorar a qualidade de vida desta população, bem como entendê-la na sua vertente psicológica.

De um modo geral, e sendo um estudo de carácter exploratório, espera-se que este se mostre como um contributo ao desenvolvimento de instrumentos adaptados aos variados tipos de população, bem como às suas necessidades. Assim, e nesta linha, é expectativa nossa, poder analisar as autopercepções no domínio físico através de vários instrumentos complementando-se uns aos outros através da sua objectividade especifica. Contudo, podemos constatar que o instrumento PSPP não será analisado, pois as incorrecções verificadas nas respostas dadas (questionários mal preenchidos e incoerência das respostas), fazem com que este “*self profile*” seja descurado da análise final. Deste modo, as autopercepções tratadas neste questionário não serão analisadas, inviabilizando a construção de uma visão mais aprofundada neste paradigma.

Assim, a visão particular deste trabalho permitirá compreender de que forma os constructos (auto estima e competência física percebida) são percebidos por estes indivíduos, assim como constatar a existência de autopercepções positivas, que são essenciais no seu processo de integração, aprendizagem e Bem-estar mental.

1.5 Estrutura

Desta dissertação fazem parte 7 capítulos: I – Introdução, onde é realizada uma breve contextualização e apresentação do estudo; II - Revisão da literatura, em que é feita uma análise dos estudos já realizados, como suporte base teórico e onde são retratados os temas, Autopercepções e Deficiência; III – Metodologia, em que são expostos todos os procedimentos e estratégias usadas na realização do estudo, bem como são referidos os aspectos ligados à selecção da amostra e obtenção/tratamento de dados; IV - Apresentação dos Resultados, através das análises descritivas, inferenciais e correlacionais das variáveis do estudo; V - Discussão dos Resultados, onde é esclarecida as análises retiradas tendo em conta a revisão literária; VI – Conclusões, em que são

apresentadas sugestões para estudos futuros; para além das VII - Referências bibliográficas e dos documentos processuais expostos em anexo.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Para Fox (1998), o corpo é reconhecido como o principal veículo de comunicação social, sendo conseqüentemente utilizado para expressar estatutos, significativos na autoavaliação global. Na população com deficiência tal facto mantém-se, contudo, e devido a todas as transformações que ocorrem na performance física, competência desportiva e saúde mental, as suas autopercepções deve ser analisadas em todo este contexto.

2.1. As Autopercepções

Ao longo da história da Psicologia muitos autores, partindo de diferentes abordagens, estudaram o conceito de “self” ou “eu” e suas implicações para o sujeito. A terminologia do “self” engloba: auto-conceito, auto-imagem, auto-estima, auto-valorização, auto-avaliação, auto-percepção, auto-representação, entre outros. A enorme gama de conceitos acaba gerando problemas de interpretação, porque diversos autores utilizam um mesmo termo com diferentes conotações, dependendo da orientação teórica que norteia seus estudos. Assim, compreende-se que a terminologia das autopercepções seja designada prolixa; mas que no entanto, o termo *self* se designa mais correctamente descrito como um complexo sistema de constructos (Fox, 1999, 2000).

Segundo Harter (1999), os termos auto-representação, autopercepção e autodescrição podem ser usados como sinónimos, referindo-se aos atributos e características que cada indivíduo usa para se descrever através da linguagem verbal. Essa descrição pode ou não possuir uma valência, o que não acontece ao falarmos em auto-avaliação, termo usado sempre que uma conotação positiva ou negativa estiver caracterizada. Na presença de uma valência clara, tanto os conceitos de autopercepção, autodescrição e auto-representação podem ser empregados. Já as autoavaliações globais podem ser nomeadas como Autoestima ou auto-valorização, sendo os dados, colhidos através de informações directas sobre o valor atribuído pelo sujeito a si mesmo como pessoa, e não através da soma das Autopercepções em diferentes domínios.

Vaz Serra (1986), defende a existência de três tipos de autopercepções distintas: as autopercepções reais, ou seja, a forma como a pessoa se avalia e tal como é na

realidade; as autopercepções ideais, o que a pessoa sente que deveria ou gostaria de ser e as autopercepções desejadas, que representam aquilo que uma pessoa aspira. Por sua vez, Rogers (1951), afirma que a autopercepções de um indivíduo inclui somente as características sobre as quais o indivíduo pensa poder exercer controlo, ou seja, funciona como uma necessidade básica para manter e melhorar as autopercepções.

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

Estando este estudo inserido no âmbito nas autopercepções no domínio físico, onde o corpo assume especial relevância seguimos a linha de Fox (1998), onde este é reconhecido como o principal veículo de comunicação social, sendo conseqüentemente utilizado para expressar estatutos, significativos na autoavaliação global. Nas pessoas em condição de deficiência, tal facto mantém-se, no entanto, devido a todas as transformações que ocorrem na aparência física, competência desportiva e saúde mental, as suas autopercepções deve ser analisadas em todo este contexto.

A multidimensionalidade atribuída às autopercepções (ver autoconceito) tem levantado questões relacionadas com a estrutura organizacional das diferentes dimensões existentes, tendo em conta a noção que os indivíduos têm do variado leque de autopercepções, nos aspectos separados das suas vidas (Coelho, 2004).

2.1.1 O Autoconceito

Ao analisarmos as diferentes investigações acerca do Autoconceito, deparamo-nos com a existência de uma variedade terminológica da qual resulta uma grande imprecisão e desconformidade no que concerne à definição propriamente dita do Autoconceito.

Na literatura encontrada este conceito surge numa sobreposição quanto aos termos utilizados para descrever a percepção própria do “Eu”, como Autoconceito, Autoconfiança, Autoestima, Autoimagem (Gallahue, 1989). Torna-se assim difícil apresentar uma definição conceptual universalmente aceite, mas, no entanto, existe uma

certa concordância em torno da sua definição geral, como sendo a percepção que um indivíduo tem de si mesmo (Byrne, 1984).

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

No que respeita à multidimensionalidade do autoconceito (ou das autopercepções), vários foram os modelos multidimensionais inculcados nos últimos tempos, no entanto, o modelo apresentado por Shavelson, Hubner e Stanton (1976) foi o que conquistou maior suporte empírico. Este serviu de base para a concepção de vários instrumentos do autopercepções na investigação de contextos desportivos, sendo considerado por vários autores como responsável, em parte, pelo ressurgimento da investigação em torno do autopercepções (Fox, 1998; Marsh et al., 1994, 1996, Sonstroem, 1984). Este modelo referencia que as múltiplas facetas que constituem o autoconceito são dirigidas por uma estrutura hierárquica, na qual o topo é constituído pelo Autoconceito geral submetido a representações do “Eu”, de natureza avaliativa e discriminativa, subdividindo-se em dois domínios, considerados como uma representação dos efeitos combinados de percepções de um nível inferior da hierarquia, numa série de subdomínios de maior especificidade:

- ✓ Autoconceito Académico: divide-se em diferentes disciplinas e saberes, que por sua vez se subdividem em áreas específicas de cada matéria, como é o caso da língua materna, história, ciências e matemática
- ✓ Autoconceito Não Académico: divide-se em três áreas: Autoconceito Social (subdividido em áreas específicas que varia consoante o indivíduo), Autoconceito Emocional (estados emocionais particulares do indivíduo) e Autoconceito Físico (capacidade e aparência física) (Shavelson et al., 1976).

De acordo com Shavelson et al. (1976), o autoconceito global (ou autopercepções) pode ser definido por sete características principais:

- a) Organizado e estruturado;
- b) Multidimensional;

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

È de ressaltar que têm surgido algumas modificações, que levam a pensar que a referida estrutura não seja tão forte hierarquicamente como o que foi inicialmente sugerido (Marsh & Shavelson, 1985, Marsh et al., 1988).

Já o modelo hierárquico da Autoestima classifica-se bastante atractivo, pois sugere um mecanismo passível de ser testado. Os conceitos globais relativamente estáveis estão então sujeitos a eventuais modificações que resultam de alterações das autopercepções nos níveis mais baixos (Fox, 1988), ou seja, os aspectos específicos da vida podem modificar os aspectos globais das percepções (Fox e Corbin, 1989).

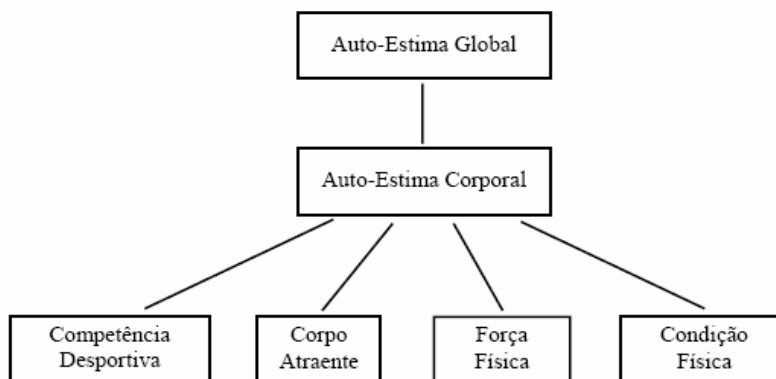


Fig.1 – Hipótese dos três níveis de organização hierárquica da auto-estima (adaptado de Fox, 1998, p.237; Fox & Corbin, 1989, p.414)

Deste modo, e vista a diversidade que as autopercepções apresentam, o estudo apenas se irá debruçar sobre a Auto Estima, estudada através da escala proposta por Morris Rosenberg (1965), a *Rosenberg Self-Esteem Scale*.

2.1.2 A AutoEstima

Tal como o Autoconceito, também o termo Autoestima sofreu modificações ao longo dos anos. Durante muitos anos a Autoestima foi considerada, pelos psicólogos, como uma entidade unidimensional (Fox, 1998), sendo considerada como uma percepção da autoavaliação global (Weiss, 1993). A Autoestima caracteriza-se assim, por uma avaliação de quanto é que o indivíduo gosta e se valoriza como ser humano (Weiss, 1987; Fox, 1988). O sentido global da Autoestima é então definido, independentemente de situações específicas ou domínios de competência (Weiss, 1993; citado por Lopes, 1996).

Através de uma corrente Behaviorista, o conceito de Autoestima tornou-se numa das dimensões do Autoconceito, na qual o indivíduo possuía sentimentos positivos e negativos acerca de algumas características específicas de si próprio.

Segundo as ideias de Fox (1999), a Autoestima apresenta-se como um factor determinante para o bem-estar psicológico, daí que surja ligada a aspectos que a tornam importante para a saúde mental.

Já Weiss (1987) cita a definição de Autoestima apresentada por Coopersmith (1967) considerando-a a mais relevante para a actividade física e desporto: “A avaliação que um individuo faz e que habitualmente mantém quando se observa a si próprio: expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica a dimensão da crença que o indivíduo tem em ser capaz, significativo, bem sucedido e com valor. Em suma, a Autoestima é um julgamento pessoal de valor que é expresso em atitudes que o indivíduo comunica aos outros através de informação verbal e outros comportamentos expressivos.” Parece ser também evidente que quando se fala de Autoestima subentende-se a existência de uma avaliação pessoal das suas próprias capacidades que é expressa aos outros em palavras e atitudes.

Diferenciando e clarificando os dois conceitos, podemos dizer que o Autoconceito constitui apenas e somente a percepção própria do “Eu”, enquanto que a Autoestima se mostra como um constructo avaliativo, traduzindo o valor que cada um dá às suas características, às suas limitações e aos seus potenciais atributos.

De uma forma geral, os diversos autores consideram que a Autoestima e o Autoconceito se apresentam como componentes das autopercepções, sendo o primeiro a avaliação da informação contida no segundo.

A decisão de abandonar a tentativa de estudar a Autoestima como uma entidade global e unidimensional (Markus e Wurf, 1987, citado por Abrantes, 1998), destacou-se como um dos maiores contributos para a evolução das teorias acerca desta matéria, tal como a aceitação da sua multidimensionalidade.

Segundo esta teoria os indivíduos podiam avaliar de forma diferenciada os vários aspectos da sua vida, como fossem as suas relações sociais, as suas capacidades académicas ou a sua aparência física, e, cada momento da sua vida.

A aceitação de que existe uma relação complexa entre as várias dimensões da Autoestima, que contribuem para a Autoestima geral, levou Shavelson et al. (1976) em meados da década de setenta (citado por Abrantes, 1998) a sugerir uma organização da Autoestima, baseada numa estrutura hierárquica e multifacetada (ver autoconceito).

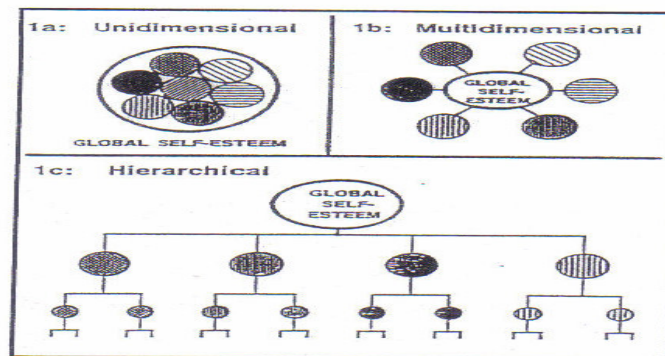


Fig. 2- Três modelos explicativos da estrutura da Autoestima (Fox, K.R., & Corbin, C.B., 1989)

O modelo multidimensional, hierárquico, caracteriza-se por ter a Autoestima global no topo, sendo este o resultado das percepções do “eu” no domínio académico, social, emocional e físico. Estes domínios resultam então de uma combinação de percepções específicas.

2.1.2.1 A Autoestima e relação com outras variáveis

Um dos objectivos do nosso estudo é tentar explicar de que modo é que as variáveis influenciam positiva ou negativamente o domínio das autopercepções, onde se inclui a Auto Estima. Deste modo, importa salientar a relação existente entre os factores como a idade e género, e a Auto estima. Assim, são referidas algumas investigações realizadas na área.

Idade

Haywood (1993) refere que a Autoestima das crianças é fortemente influenciada pelas interacções sociais (comparações com os outros, reforços e avaliações de familiares, professores ou amigos) e emoções resultantes das várias experiências em que se pode inserir (prazer e satisfação, orgulho e excitação face à vitória).

Em estudos com adolescentes de ambos os sexos, vários estudos constataram que há uma relação significativa entre a importância das relações familiares enquanto crianças, originando boas relações com amigos bem como um bom desempenho académico e o consecutivo desenvolvimento da Autoestima (Rosenberg, 1965; Coopersmith, 1967; Bachman, 1970; cit. In Branco, 2000). Outros estudos concluíram ainda que a variável que contribui mais para a formação da Autoestima é a aparência física (Berscheid e tal., 1973; citado por Abrantes, 1998).

Nos adultos, Bandura (1986), refere que a Autoestima é também influenciada pelas informações que obtêm das experiências actuais, comparações com um modelo, persuasão verbal dos outros e estado psicológico. Assim, independentemente da idade e das alterações fisiológicas, um indivíduo que se sinta com capacidades e encare com naturalidade as mudanças que vão ocorrendo ao longo da vida, mantém ou até aumenta os níveis de Autoestima (citado por Lopes, 1996).

Género

Nos últimos tempos, são vários os estudos encontrados sobre os efeitos do género na Autoestima (Fox & Corbin, 1989; Marsh, 1989; Oliveira, 2005), onde na generalidade se verificou que as mulheres possuem níveis de Autoestima mais baixos do que os homens. Já Rosenberg & Simmons (1975), obtiveram as mesmas conclusões num estudo aplicado em pré-adolescentes e adolescentes.

Num estudo efectuado por Sonstroem e al. (1992) a 206 indivíduos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 31 e os 66 anos, não se verificaram diferenças significativas na Autoestima em função do género, apesar dos indivíduos do sexo masculino apresentarem valores ligeiramente mais elevados.

Podemos então concluir e depois da revisão efectuada, que no geral e independentemente da idade, os indivíduos do género masculino apresentam níveis mais elevados de Autoestima do que os do género feminino.

2.1.2.2 O Impacto da Actividade Física na Autoestima

Parece ser consensual que as mudanças corporais resultantes do exercício e da actividade física podem alterar a Autoestima corporal que cada indivíduo possui e, por isso, promover e aumentar o Autoconceito (Haywood, 1993). Os resultados de várias investigações sugerem claramente que uma Autoestima mais positiva e níveis mais elevados de Autoconceito estão associados com níveis mais elevados de aptidão física, nomeadamente em termos de força física e gordura corporal. Além disso, um maior impacto da participação em actividades físicas era evidente na Autoestima de crianças com perturbações emocionais e com deficiência intelectual, bem como crianças economicamente desfavorecidas e com deficiências perceptivas (citado por Faustino, 1994).

Adicionalmente, mais de metade dos estudos longitudinais já realizados sobre os efeitos do exercício no autoconceito dos participantes indicaram que o exercício produzia melhorias significativas no Autoconceito (Berger e McInman, 1993, citado por Cruz). No entanto a duração, a frequência e o tipo de actividades parecem constituir importantes factores mediadores dos efeitos do exercício no Autoconceito (Cruz, Machado e Mota, 1996).

2.1.3 A Auto-eficácia

A psicopatologia do desenvolvimento contribui para a identificação de factores que influenciam as habilidades das crianças para organizar experiências e, conseqüentemente, o seu nível de funcionamento adaptativo (Sameroff, 2000). Dentro deste modelo dinâmico considera-se a influência de múltiplas variáveis sobre o comportamento das crianças, incluindo entre estas as autopercepções, especificamente a auto-eficácia.

Bandura (1982) definiu auto-eficácia como a crença do indivíduo sobre a sua capacidade de desempenho em actividades específicas. A introdução e o desenvolvimento da Teoria da Auto-Eficácia deve-se à concepção e aos trabalhos de Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na designada Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1989). Bandura rejeita as perspectivas mecanicistas do ser humano ao considerar que ele possui capacidades superiores que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) e realizar

predições quanto à ocorrência dos acontecimentos e criar mecanismos que lhe permitem exercer controlo directamente sobre aqueles que afectam a sua vida quotidiana. Na perspectiva de Bandura, o comportamento do ser humano deve ser analisado em função de uma interacção recíproca e contínua entre as condições ambientais, as cognições e as acções do sujeito. Nesta perspectiva, designada pelo autor de “determinismo recíproco” (Bandura, 1978, 1989), os factores situacionais e disposicionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, ou seja: os determinantes internos do comportamento (crenças, expectativas,...) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições,...) são parte de um sistema de influências interactivas que afectam não só o comportamento, mas também o próprio sistema. Um outro aspecto saliente da Teoria da Cognição Social refere-se à capacidade humana de Auto-Regulação do comportamento. Através da acção no seu meio ambiente, da criação de mecanismos de apoio cognitivo e da criação de consequências para as suas próprias acções, as pessoas têm a capacidade de exercer influência sobre o seu comportamento. Através da representação verbal e imaginária, o ser humano processa e preserva as experiências de forma a servirem de guia para o futuro.

A auto-eficácia e as expectativas de resultado da acção referem-se à percepção que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma acção preventiva. Na realidade são difíceis de distinguir, porque operam em conjunto não sendo possível a segunda sem a primeira.

A teoria da Auto-Eficácia é um componente chave na teoria de Bandura. Postula que a iniciação, persistência ou abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afectados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989; Lent & Maddux, 1997). As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipados que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se auto-avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos. Estas percepções são pertinentes no âmbito desportivo, onde os atletas estão constantemente sob uma pressão psicológica ligada aos factores do sucesso e insucesso.

Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de acções eficazes, e a percepção de acções eficazes fortalece as Autopercepções de eficácia. As

crenças de auto-eficácia habitualmente afectam o funcionamento cognitivo através da acção conjunta das operações de processamento de informação e da motivação (Bandura, 1989), como determinam o nível de motivação, tal que, se reflecte na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e no tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maior e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989).

O conceito de auto-eficácia tem provado ser um constructo bastante versátil e heurístico, com aplicações em muitas áreas e especialidades da Psicologia. Apesar de as primeiras pesquisas se centrarem no domínio da ansiedade e controlo da ansiedade, as investigações posteriores estenderam o conceito para o domínio da aprendizagem e educação, organizacional, aconselhamento e psicoterapia, controlo e manutenção da saúde (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996).

As percepções de auto-eficácia podem ainda afectar a saúde de duas formas diferentes: a primeira através da execução de comportamentos que influenciam a saúde; a segunda pelo impacto na resposta fisiológica de “stress”, (O’Leary, 1992).

Ao nível da auto-eficácia, é importante salientar a auto-eficácia física, também designada por competência física percebida, este sim o objecto de estudo da investigação. Assim, iremos incidir mais sobre este conceito, visto ser o mais usado nos estudos já realizados.

2.1.4 A Competência Física Percebida

A compreensão dos efeitos da participação desportiva dos indivíduos, no seu desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo, é uma necessidade emergente das Ciências da Educação Física e do Desporto (Wong & Bridges, 1995).

Desta forma, uma preocupação fundamental dos investigadores interessados em otimizar a motivação dos indivíduos no contexto desportivo e o impacto do bem-estar físico na população em geral, é a compreensão dos diversos processos motivadores que determinam os níveis de envolvimento num qualquer contexto desportivo (Standage, Duda & Ntoumanis, 2003). De acordo com Deci & Ryan (1985), a motivação intrínseca numa dada actividade, varia em função do controlo pessoal, escolha (auto-determinação) e capacidades (competência), que os indivíduos percebem nessa actividade. É também sugerido que qualquer evento ou factor que possa influenciar a percepção de competência ou de auto-determinação de um indivíduo irá originar modificações dos seus níveis de motivação intrínseca (Amorose & Horn, 2001).

“... external events will affect a person’s intrinsic motivation for an optimally challenging activity to the extent that they influence the person’s perceived competence, within the context of some self- determination. Events that promote greater perceived competence will enhance intrinsic motivation, whereas those that diminish perceived competence will decrease intrinsic motivation...” (Deci & Ryan, 1985, p. 63, citado por Hélder Fernandes & José Vasconcelos)

A proposição apresentada mostra que quando os indivíduos escolhem livremente ou percebem autonomia na realização de uma actividade, a sua competência assume-se particularmente importante, pelo que o aspecto informal dos eventos será mais saliente nesta situação, variando a motivação intrínseca de acordo com as percepções de competência (Vallerand & tal, 1987).

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

O conceito de competência foi primeiramente publicado por White (1959), que enfatiza os aspectos motivacionais por parte do indivíduo. A competência percebida é um constructo que influencia directamente a motivação, a auto-avaliação e o desenvolvimento social dos indivíduos (Sherrill, 1997). Esta distingue-se de autoconceito, pois é o constructo motivacional que se refere à opinião da criança em ser capaz de desempenhar a tarefa com sucesso (Harter, 1996). O estudo da competência percebida representa a tentativa de descrever a percepção do indivíduo da efectividade da sua adaptação ao meio ambiente. Goudas & tal (1994) salientaram que a percepção de competência física é crucial no contexto da Educação Física, dado que esta influencia positivamente quer a motivação intrínseca, quer a intenção de participar em actividades físicas no futuro. Um dos constructos que parece influenciar, claramente, a percepção de competência, é a experiência desportiva extra-curricular, pelo que quantos mais anos estiverem ligados à prática desportiva, mais elevados serão os níveis da competência (Goudas, Dermizaki & Bagiatis, 2001). Contudo, Papaloannou & Theodorakis (1996),

destacam que os alunos que se sentirem incompetentes fisicamente para uma dada tarefa/actividade, irão evitar esse contexto que evidencia tal situação e perceberão que não exercem controlo sobre a actividade em questão. A competência percebida pode mudar ao longo do tempo, devido a diferentes factores: às experiências individuais em tarefas com mestria, ao contexto, às exigências da situação e ao estágio de desenvolvimento individual. No entanto, existe uma forte relação ao longo da vida, entre a auto-eficácia e a performance (Beery & Qest, 1993).

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

Uma das grandes questões colocadas no domínio da percepção da competência, era determinar se existem diferenças entre o sexo masculino e feminino. Para isso, Lee, Fredenburg, Belcher & Cleveland (1999), referem que numa perspectiva generalista, os rapazes tendem consistentemente a demonstrar níveis mais elevados de percepção de competência. Contudo, é necessário ter em atenção que este facto não se verifica em todas as modalidades, sugerindo existir modalidades ditas para raparigas e modalidades para rapazes. Aponta-se, desta forma, que este tipo de estereótipos incute a opinião dos indivíduos acerca da sua competência, podendo limitar o empenho e persistência em actividades que não são consideradas “apropriadas socialmente” para o seu sexo.

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

2.2 A Problemática da Deficiência

“Todo o ser humano tem direito à prática da Educação Física e do Desporto, as quais são essenciais ao desenvolvimento integral da sua personalidade. A liberdade de desenvolvimento físico, intelectual e moral através da Educação Física e do Desporto deve ser garantida no sistema educacional e em outros aspectos da vida social” (Artigo 1º da International Charter of Physical Education and Sport UNESCO, 1978).

Ao longo dos tempos tem sido notório a integração das pessoas com deficiência como membros da nossa sociedade, contudo as práticas discriminatórias persistem até aos dias de hoje.

2.2.1 A sociedade e a Deficiência

Ao nível da sociedade, a desvantagem de uma deficiência denomina-se por *handicap*, que se traduz na incapacidade que perturba ou limita o indivíduo no desempenho do seu papel normal em função do sexo, idade, ambiente social e cultural. Caracteriza-se por uma discordância entre as possibilidades ou o estado do sujeito e o que se espera deste (ele próprio e/ou o grupo em que está inserido). O *handicap* representa portanto as consequências pessoais, sociais e económicas da deficiência e da incapacidade.

São vários os estudos que realçam a diversidade das atitudes assumidas pela sociedade ao longo dos tempos em relação ao indivíduo portador de deficiência física. De acordo com os autores Llewellyn e Ching (1997), as atitudes assumidas em relação aos indivíduos com deficiência motora podem estar directamente relacionados com o tipo de incapacidade que apresentam.

Já Taleporos & McCabe (2001), afirmam que o corpo com deficiência motora é visto negativamente pela nossa sociedade. Nos seus estudos sugerem que o feedback do ambiente social é um poderoso mediador da Auto estima de indivíduos com deficiência motora, mostrando assim que na pesquisa de campo em populações desta natureza, estes indivíduos não se comportam da forma que as pessoas gostariam, o que geralmente resulta em comportamentos inaceitáveis que, por sua vez, são influenciados por sentimentos físicos e sexuais pouco atractivos. Stone (1995) argumentou que a

deficiência motora é percebida como uma condição para ser evitada tanto quanto possível.

As Autopercepções negativas resultam essencialmente de varias fontes, incluindo experiências de socialização, oportunidades restritas, rotulação social da deficiência como “estado” do indivíduo (Becker, 1963; Blind & Taub, 1996; Brasile 1990; citado por Blind e McClung, 1997).

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

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

A deficiência mental é uma etiqueta, um termo que se utiliza para identificar um défice de rendimento observado, a incapacidade de demonstrar uma conduta social e intelectual proporcional à idade (Vinagreiro & Peixoto, 2000). Os autores da última edição do manual da *American Association on Mental Retardation* (2002) tentaram responder às preocupações expressas pelos críticos e desenvolveram a sua actual definição: a deficiência mental é uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, traduzida em comportamentos adaptativos conceptuais e práticos. Esta deficiência ocorre antes dos 18 anos de idade (Campos, 2005). O funcionamento adaptativo refere-se ao modo

como os sujeitos lidam com as situações da vida quotidiana e como cumprem as normas de independência pessoais, esperadas para pessoas com as mesmas características. Os problemas de adaptação são provavelmente mais modificáveis com os esforços médios, enquanto o QI tende a tornar-se um atributo mais estável (APA, 2002).

Apesar de apresentarem um défice intelectual e motor, com as suas características, necessidades e interesses, relembramos que as pessoas em condição de deficiência são cidadãos de pleno direito, a quem deve ser reconhecida a plena dignidade que é devida a todo o ser humano.

2.2.2 O Desporto Adaptado

A sociedade foi em diferentes épocas, tomando diversas atitudes face à problemática da deficiência. Neste sentido, a igualdade e a segurança do cidadão deficiente não podem ser esquecidas, mas sim promovidas através de actividades que lhe possibilitem um desenvolvimento completo e harmonioso no seio da sociedade em que está inserido.

Compreender uma pessoa em condição de deficiência significa, primeiro que tudo, compreendê-la como pessoa, para depois entendermos a forma como os seus desvios poderão influenciar o seu desenvolvimento e comportamento (cit. In Silva, 1993).

A palavra reabilitação surge com um significado distinto ao longo da história da humanidade. Neste contexto, a reabilitação pressupõe necessariamente uma educação dirigida à população com condição de deficiência, a qual se designa por Educação Especial ou Atendimento Educativo à população com Necessidades Educativas Especiais.

Assim, a integração da pessoa em condição de deficiência só se mostrará com efeito quando for entendida como uma solução, não necessariamente exclusiva mas prioritária, cujo âmbito deve ser progressivamente aumentado. Este facto é a chave para a futura integração do jovem deficiente na sociedade, ao mesmo tempo que a Educação Física Especial passa a ser considerada como uma disciplina integrante dos curricula das escolas especiais. É ainda de destacar que o desenvolvimento desta disciplina permitiu o início do Desporto para Deficientes (citado por Silva, 1993).

Este tem as suas primeiras aparições em pleno século XX, com características essencialmente terapêuticas, tendo posteriormente evoluído num sentido mais abrangente, isto é, contemplando outras áreas como a recreação, o lazer e a competição.

O desporto para deficientes apresenta alguns acontecimentos relevantes até aos últimos tempos, onde se destaca agora com maior visibilidade e com maior incidência e especificidade na abordagem do “ser deficiente” e no desporto.

No ano de 1847, o Pedagogo Austríaco Klein edita um livro intitulado de “Ginástica para cegos”, onde estavam incluídas as modalidades para esta população. Nos finais do século XIX realiza-se na Europa o primeiro programa de desportos para surdos. No entanto, o Desporto Adaptado só aparece realmente depois da Segunda Guerra Mundial, donde escaparam uma grande quantidade de pessoas com lesões medulares e amputados, entre outros. Em 1946, o Dr. Ludwig Guttman, neuro-cirurgião do Hospital de *Store Mandeville*, implementou pela primeira vez o Desporto sobre cadeira de rodas. Para princípio, Guttman tentava através deste desporto restabelecer o bem-estar psicológico e uma ocupação saudável do tempo livre, ao mesmo tempo que se deu conta de que a disciplina desportiva influenciava positivamente o sistema neuromuscular e ajudava o atleta na reinserção na sociedade. Guttman viria ainda a implementar novas modalidades, tais como o tiro com arco e o atletismo, para em 1960 introduzir o halterofilismo.

A partir de 1948 (depois da 1ª edição dos Jogos), o desenvolvimento tem sido grande, no entanto, não tem sido acompanhado ao nível da formação dos treinadores e das técnicas específicas. Os deficientes motores, em especial os deficientes em cadeira de rodas, foram os primeiros a beneficiar de formas organizadas de desporto, tendo as outras formas de deficiências (paralisia cerebral, visual, ...) um maior tempo de espera para a obtenção das mesmas condições. O mesmo se passou com os desportos como o basquetebol em cadeiras de rodas em detrimento de desportos com o hóquei ou o voleibol (nestes últimos, o seu desenvolvimento apenas começa agora a ser verificado).

Neste âmbito, o Desporto para deficientes deixou de ser encarado apenas como uma terapia para passar a ser visto como um meio de desenvolvimento da performance dos deficientes permitindo, entre outros aspectos, uma sensibilização do grande público, uma informação positiva sobre os diferentes tipos de deficiência e suas reais capacidade se ainda uma tomada de consciência das grandes vantagens que traz à pessoa deficiente, factores estes que vão contribuir decisivamente para a sua (re) integração social (citado por Silva, 1993).

Uma das principais características do Desporto para deficientes, para além das regras, é o seu sistema de classificação, no qual se tentam agrupar os indivíduos por níveis de capacidade. Contudo, e devido ao grande aumento deste tipo de provas, foi necessário estabelecer um sistema de classificação baseado no nível de deficiência que os atletas apresentam no momento das provas. Para além do exame médico, o atleta é avaliado segundo o grau de capacidade funcional e/ou anatómica.

Os sistemas de classificação apresentam-se em grande número, sendo adaptados pelas diversas organizações. Das mais importantes, são mencionadas o *Comité International des Sports des Sourds*, a *International Wheelchair & Amputee Sports Federation (IWAS)*, a *International Sports Organization for the disabled (ISOD)*, o *Special Olympics*, a *Cerebral Palsy – International Sports and Recreation Association (CP- ISRA)* e a *International Blind Sports Association (ISBA)*.

Relativamente a Portugal, o Desporto para Deficientes está finalmente a ter os seus primeiros passos, ficando o seu desenvolvimento aquém do esperado, pois é submetido aos custos das iniciativas particulares, apenas apoiadas pelo Estado.

Em jeito de conclusão, pode-se dizer que a evolução da integração da condição de deficiência deve-se a factores como o aumento da sua população; e que, todas estas realizações mencionadas são de extrema importância. É no entanto de salientar, que várias propostas tem vindo a ser apresentadas no sentido de uma plena integração da população deficiente na sociedade actual, e que é necessário fazer com que o Comité Olímpico Internacional perceba que o desporto para deficientes deve ser respeitado e merece esta inclusão (citado por Silva, 1993).

2.2.3 O Impacto do exercício físico na população com condição de deficiência

Desde 1980, que os benefícios ao nível da saúde associados à prática de exercício físico têm vindo a contribuir para o aumento de praticantes com deficiência em actividades de carácter competitivo e recreacional. Marks (1999), citado por Machado (2004) enfatizou a importância sociológica do desporto para deficientes, pois a influência desta actividade nos indivíduos pode ser não só verificada através da sua relação com os outros mas também na relação com eles próprios. A participação na actividade desportiva, fornece ao individuo um contexto que permite desafiar as Auto percepções de um “corpo deficiente”, pois se os programas forem bem orientados e devidamente estruturado, a natureza física da participação pode realçar mais a

habilidade do que a própria deficiência (Shearer, 1997; citado por Blinde & McClung, 1997).

O exercício físico traz benefícios para a maioria das pessoas com deficiência intelectual (Durstine & Moore, 2003), bem como com deficiência motora. Alguns estudos (e.g. Alfermann & Stoll, 2000) observaram melhorias nas variáveis psicológicas: promove a consolidação das autopercepções do domínio físico, demonstrando que o exercício físico tem um papel preponderante na melhoria das capacidades psicomotoras e psicossociais da pessoa com condições de deficiência.

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

Corredeira (2001), num estudo com população de paralisia cerebral encontrou diferenças entre praticantes e não praticantes de actividade física, com os índices mais elevados para os que apresentam adesão às actividades desportivas.

Segundo alguns autores (e.g. Sherrill, 1986 Blinde & McClung, 1997) o desporto adaptado é a melhor forma de potenciar as capacidades da pessoa com deficiência, uma vez que a participação na actividade desportiva fornece ao individuo um contexto que permite desenvolver as suas percepções, bem como nos domínios físico e social, pois o individuo interage com os outros, construindo uma biografia individual e social.

Por fim, e após a análise a estudos realizados na avaliação das Autopercepções no domínio físico, em indivíduos com/ e sem deficiência, chega-se à conclusão de que a prática regular de actividade física melhora, na maioria dos casos, as Autopercepções dos indivíduos nela implicados.

Ainda assim, em termos fisiológicos e psicológicos, denotam-se grandes modificações inerentes à prática regular de exercício físico, tanto a curto como a longo prazo. Caetano (2006) refere, que a actividade ao melhorar o bem-estar psicológico, também ajuda a libertar a tensão, sublinhando a predominância de exercício aeróbio regular de forma a desenvolver algumas capacidades cognitivas na população, com enormes implicações. No entanto, Rosada (1986) considera que sem um programa de

actividade física cientificamente elaborado, indivíduos com condição de deficiência ou não, estarão totalmente sujeitas aos problemas da civilização moderna regida pelo sedentarismo (citado por Barros, Cavalcante & Oliveira, 2000). Em outro estudo, Pitteti, 1993 comenta que as pessoas em condição de deficiência vivem sob restrições e limitações que devem ser superadas. Devido às diferenças em determinadas áreas, muitos deficientes mentais, ainda são subestimados, principalmente em relação aos desportos, e por falta de estímulos culturais e ambientais, que todas as crianças deveriam receber, tornam-se pessoas inactivas e sedentárias (citado por Barros, Cavalcante & Oliveira, 2000). Para Cooper (1976), uma das causas para este acontecimento, são os factores ambientais, tal como a adopção de um estilo de vida sedentária, e consideram os exercícios físicos como uma forma de profilaxia. Outros estudos realizados na área (Nordgren, 1971; Beasley, 1982), comprovaram existir uma melhoria dos níveis de aptidão cardio-respiratória nos deficientes mentais depois de um plano de treinos. Schurrer & Weltman (1985), num estudo realizado provaram que após 23 semanas de treino, a média do peso corporal dos deficientes mentais caiu 3,6 kg e verificaram-se melhorias na ordem dos 43% no VO2 máximo (expresso em ml/kg/min).

Para Morehouse & Miller (1978) os exercícios físicos produzem modificações adequadas e de forma harmoniosa em todo o organismo (sistema nervoso e muscular, circulação e repiração, e nas vias metabólicas). Mesmo sendo em actividades de lazer, o exercício exerce influência positiva psicológica e social profunda, prevenindo a obesidade e afecções (citado por Barros, Cavalcante & Oliveira, 2000). No entanto, a capacidade de realizar trabalho e exercício físico depende da integridade do sistema respiratório, cardiovascular e musculo-esquelético. No caso de incapacidade de qualquer destes sistemas haverá uma diminuição da tolerância ao exercício (Wasserman et al., 1987; Bar-or, 1994; Hasson, 1994), logo o exercício deverá ser pensado e reajustado.

Para iniciar programas de actividade física, Watson (1986) mostrou que um aquecimento adequado normalmente melhora o desempenho físico, aumentando:

- (1) A mobilidade e a flexibilidade articulares;
- (2) A produção de potência disponível dos músculos;
- (3) A coordenação;
- (4) A energia disponível do metabolismo aeróbio no início da actividade, de maneira que menos energia é gerada a partir da produção de ácido láctico.

Araujo (1986), Durnin et al., (1960); Pollock et al., (1975); Wilmore et al., (1975) revelam que os exercícios devem ser orientados com exercícios dinâmicos e que englobem grandes grupos musculares, tais como, o caminhar, trotar, correr, saltar, ciclismo, natação, squash, dançar e pedalar. Na mesma linha, Murphy & Hardman (1998) comenta que vários estudos perceberam que a associação da actividade física com a saúde não necessita de muitos exercícios intensivos, mas sim de pequenas sessões de trinta minutos por dia, nos vários dias da semana, desenvolvidos continuamente ou mesmo em períodos cumulativos de 10 a 15 minutos, de moderada intensidade, podem representar o limiar para população adquirir o “Passaporte para Saúde” (citado por Barros, Cavalcante & Oliveira, 2000).

As actividades físicas, desportivas ou de lazer propostas aos deficientes motores como os portadores de doenças de poliomielite, lesões medulares, cerebrais, amputados, entre outros, possui valores terapêuticos evidenciado benefícios tanto no campo físico como psíquico (Melo, Lopes & Ramón, 2002).

Quanto ao físico, é de ressaltar algumas melhorias na agilidade em usar cadeira de rodas, no equilíbrio dinâmico ou estático, na força muscular, na coordenação motora e na resistência física, favorecendo a sua reabilitação e adaptação física global (Lianza, 1985; Rosadas, 1989 e Souza, 1994). No campo psíquico, podem ser observadas melhorias na auto-estima, na integração social, na redução da agressividade, entre outros benefícios (Alencar, 1986; Souza, 1994; Give it a go, 2001).

Diversos autores como Guttman (1976b), Seaman (1982), Sherrill (1986), Rosadas (1989), Souza (1994), Schutz (1994), salientam que os objectivos estabelecidos para as actividades físicas ou desportivas para portadores deficiência, seja esta física mental, auditiva ou individual, devem considerar e respeitar as limitações e potencialidades individuais de cada individuo, adequando as actividades propostas a estes factores:

- Melhoria e desenvolvimento de auto-estima, autovalorização e auto-imagem;
- Estímulo à independência e autonomia;
- Socialização com outros grupos;
- Experiência com suas possibilidades, potencialidades e limitações;
- Vivência de situações de sucesso e superação de situações de frustração;
- Melhoria das condições organo-funcional (aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, reprodutor e excretor);
- Melhoria na força e resistência muscular global;

- Ganho de velocidade;
- Melhoria no equilíbrio estático e dinâmico;
- Possibilidade de acesso à prática do desporto como lazer, reabilitação e competição;
- Prevenção de deficiências secundárias;
- Promover e encorajar o movimento;
- Motivação para actividades futuras;
- Manutenção e promoção da saúde e condição física
- Desenvolvimento de habilidades motoras e funcionais para melhor realização das actividades de vida diária
- Desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas.

Ainda assim, Souza (1994), enfatiza que o desporto adaptado deve ser considerado como uma alternativa lúdica, sendo esta parte do processo de reabilitação das pessoas em condição de deficiência motora.

A escolha de uma modalidade desportiva pode depender em grande parte das oportunidades que são oferecidas aos portadores de deficiência física, da sua condição socio-económica, das suas limitações e potencialidades, da suas preferências desportivas, facilidade nos meios de locomoção e transporte, de materiais e locais adequados, do estímulo e apoio familiar, de profissionais preparados, dentre outros factores.

O ACMS (1997), relata que um programa de actividades físicas para os indivíduos com condição de deficiência motora, deve observar no princípio se a adaptação dos desportos ou actividades mantêm os mesmos objectivos e vantagens da actividade dos desportos convencionais, ou seja, aumentar a resistência cardio-respiratória, a força, a resistência muscular, a flexibilidade, etc. Posteriormente, observar se esta actividade possui um carácter terapêutico, auxiliando efectivamente no processo de reabilitação destas pessoas.

Assim e em síntese são retirados os objectivos primordiais do desporto adaptado (citado por Zucchi, 2001)

Tabela 1. Objectivos do Desporto Adaptado (citado por Zucchi, 2001)

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

2.2.4 As Autopercepções na população com condição de deficiência

As Autopercepções desempenham um papel muito importante no estabelecimento dos diferentes estados psicológicos, sendo também responsáveis pelos sentimentos individuais que cada uma tem acerca das suas capacidades, da sua aparência ou mesmo da forma como as pessoas pensam que os outros as vêem como membros efectivos da sociedade em que se integram.

O interesse no estudo desta matéria têm-se alargado a outras populações, nomeadamente ao caso dos grupos com necessidades especiais, mais particularmente em indivíduos com limitações de natureza física (Ferreira & Fox 2004), onde as percepções foram hipoteticamente consideradas como podendo ser formuladas de forma alternativa, tendo por base diferentes critérios em resultado da sua deficiência (Ferreira & Mek, 2001). No entanto, os estudos nesta área e neste tipo de populações continuam ainda muito pouco aprofundados.

Outros estudos realizados debatem-se sobre a construção ou reconstrução da biografia individual de cada pessoa. A formação do “Eu”, ou constituição de uma nova identidade pode considerar-se um processo crítico, fundamentalmente em individuo com incapacidades físicas. Tornar-se deficiente ou nascer deficiente, pressupõe uma

aprendizagem que decorre de um contínuo processo de interacção social, onde se desenvolvem as Autopercepções (Ferreira, 2005).

A condição de deficiência provoca, no indivíduo e na família, um sentimento de incapacidade e incompetência em relação ao controlo do mundo físico e social e à capacidade de agir sobre o envolvimento. Neste sentido, é fundamental ajudar a desenvolver sentimentos de competência e eficácia em relação à sua capacidade de agir, que se traduz na experiência conjunta de autonomia e independência crescentes.

Ao analisarem o impacto da deficiência motora na Autoestima corporal, Taleporos e McCabe (2001) constataram que a deficiência motora pode exercer uma influência adversa sobre sentimentos relativos à atracção física e sexual, assim como fortes sentimentos negativos face ao corpo, em consequência de sinais como a vergonha, o desconforto, a falta de aceitação, bem como o descontentamento e stresse para com o próprio corpo. Estudos recentes afirmam ainda que crianças com problemas motores demonstraram que há uma forte relação entre uma baixa auto-eficácia e uma performance motora pobre (Campos, 2005). Para Mikelkeviciute & Adomaitiene (2001), os indivíduos em condição de deficiência encontram com frequência, dificuldade em desenvolver uma autopercepção positiva nas competências física e académica.

De acordo com Montgomery (1994), há uma suposição comum entre os investigadores e os profissionais na área das Necessidades Educativas Especiais, de que as crianças com NEE têm autopercepções baixas. Uma das causas, prende-se com os factores inerentes à síndrome que podem dificultar o desenvolvimento das autopercepções, como por exemplo, défices cognitivos, sociais e perceptuais (Campos, 2005).

Ao nível da deficiência intelectual, e na diferença entre géneros, as raparigas têm autopercepções mais positivas nos domínios da competência (Begley, 1999). Já Harter & Pike, 1984, afirmam que as crianças mais jovens não diferenciam os domínios das suas autopercepções e o Eu torna-se mais diferenciado com a idade.

Os resultados dos efeitos da idade nas autopercepções dos alunos permanecem ambíguos e discutíveis. Whyllie (1979) após uma longa revisão, concluiu que não existe relação entre ambos. Contudo, Marsh (1989) concluiu que o autoconceito segue uma forma de U, com diminuições em diferentes domínios durante a pré-adolescência, o reverso deste declínio durante a primeira e a segunda infâncias, e um contínuo aumento do autoconceito durante a adolescência tardia e a jovem adultez. No que respeita à

competência física percebida, e tendo em conta a idade, os níveis foram tornando-se cada vez mais positivas à medida que a idade avança (Campos, 2005;). Esta relação significa que à medida que as crianças se tornam mais velhas, percebem-se como mais capazes. Em relação à variável género, Marsh et al. (1991, 1998) encontram efeitos do sexo favorecendo os rapazes nas autopercepções da capacidade física. Já no estudo de Verschueren et al. (1998) os valores da autoestima são superiores nas meninas. Nesse estudo, os resultados indicam que as crianças que apresentam uma maior autoestima comportamental geralmente percebem-se como mais competentes que os seus pares com autopercepções mais baixas.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

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

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

3.1 Caracterização do estudo

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

Este estudo apresenta-se como uma das poucas investigações realizadas em Portugal, no âmbito das autopercepções. A bateria de testes utilizada, leva a que este estudo se nomeie como o primeiro a ser aplicado à população a que está destinado, sendo que o teste da Competência Física Percebida é a primeira vez que está a ser aplicado. Assim, esta investigação denota-se pelo seu carácter exploratório e inovador, sendo a bateria de testes alvo de um processo de experimentação.

3.2 Procedimentos de selecção da amostra

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

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

Para a obtenção da amostra, foram contactados várias instituições que trabalhavam com este tipo de população, verificando quais as suas disponibilidades para a passagem dos questionários. Assim, e após uma conversa com os responsáveis das instituições, foram entregues um número de questionários, consoante o número de atletas e a disponibilidade dos próprios técnicos representantes.

Segundo uma perspectiva de confiança nos responsáveis das instituições, verifiquei a ausência de responsabilidade na passagem dos questionários, devido a algumas recusas e reenvios de questionários em branco. Este factor levou a um encurtamento brusco da amostra, bem como um adiamento na análise dos respectivos.

3.3 Caracterização da amostra

A amostra é constituída por indivíduos com qualquer tipo de deficiência motora ou intelectual, que realize actividade física, do nível recreativo ao competitivo, sem restrição quanto ao género.

O presente estudo realizou-se, tendo por base uma amostra de 50 indivíduos (N= 50), dos quais 17 eram do género feminino, e 33 do género masculino. As idades da amostra estão compreendidas entre os 12 e os 43 anos (M= 24,98; SD= 7,141), sendo que em relação à deficiência apresentada, encontramos 37 indivíduos com deficiência mental e 13 com deficiência motora.

A amostra foi obtida por método de conveniência, ou seja por pessoas que integravam os critérios de selecção e passíveis de integrar a amostra, sendo composta por um conjunto de indivíduos em que a instituição e os responsáveis se mostraram disponíveis e interessados em participar no estudo. A recolha foi efectuada na zona centro do país, espalhados pelos distritos de Coimbra, Guarda e Castelo Branco.

3.4 Instrumentos de avaliação

Para esta investigação, foram necessários vários testes e escalas, de modo a conseguir definir o nível de auto percepção geral da população em causa. Assim, de modo a determinar as Autopercepções no domínio físico, seguiu-se o modelo do PSPP na sua versão portuguesa (tradução e adaptação efectuada por António Manuel Fonseca). Contudo, importa salientar que, apesar deste teste ter sido utilizado na obtenção dos dados, os erros verificados (questionários mal preenchidos, incoerências nas respostas) inviabilizaram o tratamento de dados e possíveis conclusões. Este facto foi bastante notório no grupo de atletas com deficiência intelectual, destacando as dificuldades de compreensão e interpretação que o questionário apresenta.

No que concerne à Auto estima foi usada a escala *Rosenberg Self-Esteem Scale* (1965), adaptado por Ferreira, J.P. (2001), enquanto que a competência física percebida, baseou-se no *Physical Self-Efficacy Scale* (PSES; Ryckman, robbins, Thornton, & Cantrell, 1982): sub escala *Perceived Physical Ability* (PPA, PSES; Ryckman, robbins, Thornton, & Cantrell, 1982), traduzido e adaptado por Ferreira, J.P., Campos, M.J. (2007). Os instrumentos foram utilizados sob a forma de questionários, juntamente com um formulário de caracterização do inquirido.

3.4.1. Ficha de caracterização individual

A aplicação desta ficha de caracterização individual foi fundamental para ter um conhecimento mais profundo da população em estudo, bem como obter algumas variáveis pertinentes na investigação. Esta ficha facultou-nos dados importantes e pertinentes para a caracterização da amostra, no que respeita aos:

- Dados biográficos: nome, idade, data de nascimento, género, estado civil; profissão/actividade;
- Dados relativos à prática desportiva: Historial da prática, modalidade praticada, frequência semanal, nível de competição.
- Dados complementares: local e data de recolha da informação

3.4.2. Instrumento de avaliação das Autopercepções no domínio físico

The Physical Self-Perception Profile

Traduzido e adaptado por António Manuel Fonseca (Faculdade de ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto), Kenneth R. Fox e Maria João Almeida (*School of Education* da Universidade de Exeter), em 1995, do *Physical Self-Perception Profile* (PSPP), elaborado por Kenneth R. Fox (1990).

Até às ultimas datas, uma das principais limitações ao desenvolvimento limitações ao desenvolvimento da investigação neste domínio consistia na escassez de instrumentos fiáveis e válidos para proceder à caracterização e avaliação do modo como os indivíduos percebem a sua dimensão física. Contudo, nos últimos anos foram desenvolvidos alguns instrumentos que têm vindo a revelar-se como abonáveis e estimados para esse objectivo, contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento do conhecimento deste domínio. De entre eles, um dos que mais se destaca positivamente é o Physical Self-Perception Profile. Para a sua elaboração, os autores basearam-se nos trabalhos de Susan Harter, o que possibilitou aos inquiridos a indicação das percepções relativamente a si próprios no que concerne a vários aspectos do seu “eu físico”. O PSPP, além de permitir a avaliação simultânea de diferentes facetas do “eu físico”, fornece uma estrutura conceptual útil para a investigação dos mecanismos de modificação de auto-estima através da actividade física ou desportiva.

De recordar, que o PSPP foi desenvolvido originalmente nos Estados Unidos da América com jovens estudantes universitários, tendo Fox recomendado a sua aplicação a outras populações. Mais recentemente, o PSPP foi traduzido para português, baseado nas sugestões de Vallerand (tradução e adaptação transcultural de instrumentos psicológicos), tendo sido sujeita a uma apreciação por parte de um júri. Assim, e verificando que não existiam dificuldades por parte dos inquiridos na resposta aos seus variados itens, considerou-se criada a versão portuguesa do PSPP, com a denominação de Perfil de Auto-Percepção Física (PSPPp).

O PSPP é constituído por cinco escalas: competência desportiva (i.e., percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas, e confiança em contextos desportivos), condição física (i.e., percepções acerca do nível de condição física, estamina e *fitness*, capacidade para persistir na prática de actividade física, e confiança em contextos de actividade física e *fitness*),

atração corporal (i.e., percepções acerca da atração exercida nos outros pela sua figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente, e confiança na aparência), força física (i.e., percepções acerca da força física, desenvolvimento muscular, e confiança em situações que exigem força) e auto-valorização física (i.e., sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no ‘eu físico’).

3.4.3. Instrumento de avaliação da Auto Estima

Com o aparecimento da perspectiva multidimensional, surgiram diferentes escalas para avaliar as percepções de cada dimensão da Autoestima geral, bem como a inter-relação entre as diferentes dimensões da Autoestima (Abrantes, 1998).

Rosenberg Self-Esteem Scale (1965)

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

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

O teste de Rosenberg (1965) é uma escala de 10 questões, que apresenta quatro respostas de escolha, numa extensão entre o “concordo totalmente” e o “discordo totalmente”. Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta (1 – Concordo completamente, 2 – Concordo, 3 – Discordo, 4 – Discordo completamente).

Para os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (de autoconfiança) a codificação em termos estatísticos é a seguinte: Concordo completamente = 4, Concordo = 3, Discordo = 2 e Discordo completamente = 1. Em relação aos itens 3, 5, 8, 9, e 10 (de Autodepreciação) a codificação em termos estatísticos é a seguinte: Concordo completamente = 1, Concordo = 2, Discordo = 3 e Discordo completamente = 4.

Para se obter o valor total relativo à Auto-Estima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, de acordo com uma escala que varia entre os 10 e

40 pontos. De salientar que quanto maior for o resultado final obtido, mais elevado será o nível da Auto-Estima global de cada indivíduo e vice-versa.

3.4.4. Instrumento de avaliação da Competência Física Percebida

Physical Self-Efficacy Scale (PSES; Ryckman, Robbins, Thornton, & Cantrell, 1982)

A escala da auto-eficácia física (PSES; Ryckman et al., 1982) é uma escala de 22 itens que requer os participantes para indicar a extensão de cada item na qual cada um acredita para reflectir as suas próprias capacidades, numa escala com o alcance de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente).

Por quase duas décadas, a Physical Self-Efficacy Scale (PSES: Ryckman, Robbins, Thornton & Cantrell, 1982) foi empregada como uma medida da auto-eficácia física, sendo composta por duas sub escalas, a Perceived Physical Ability (PPA) e a Physical Self-Presentational Confidence (PSPC). O PSES foi demonstrado como tendo uma validade e segurança aceitável, e foi aceite amplamente como medida para perceber a competência no domínio físico (Baldwin & Courneya, 1997; McAuley, Mihalko & Bane, 1997), sendo ainda incorporado com sucesso em modelos teóricos de exame de exercício e relações de auto-percepção.

Perceived Physical Ability (PPA)

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

A sub-escala Perceived Physical Ability (PPA) é constituída por 10 itens que podem ser somadas para produzir um resultado global com um alcance de 10-60, com maiores resultados indicando um forte sentido auto-eficácia física, sendo numerada de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente). De destacar que os itens 6 e 7, foram recodificados visto serem itens negativos, ao contrário dos restantes.

Todo o processo de construção, validação e fiabilidade, é referido na Escala em que o PPA se insere (*PSES*; Ryckman, Robbins, Thornton, & Cantrell, 1982).

3.5 Procedimentos de aplicação do instrumento

Os vários instrumentos foram apresentados aos responsáveis que receberam os questionários, deixando bem explícito todos os aspectos de relevo, quer ao nível da interpretação bem como da adaptação dos conceitos. Nalguns casos, é de referir, que os instrumentos foram aplicados por mim, pois a indisponibilidade horária de alguns responsáveis, levou a que a passagem dos questionários fosse feita a título individual.

É de salientar que, apesar dos instrumentos terem sido mostrados e explicados todos os processos para uma boa condução na aplicação destes, existiu um caso em que os questionários foram mal interpretados, levando à anulação de 15 questionários, pois apresentavam-se mal preenchidos (especificamente no instrumento do Perfil da Auto Percepção Física (PSPPp)). Este instrumento, além de permitir a avaliação simultânea de diferentes facetas do “eu físico”, fornece uma estrutura conceptual útil para a investigação dos mecanismos de modificação de auto-estima através da actividade física ou desportiva.

Nos restantes instrumentos, que compunham o questionário (Auto-estima e Auto eficácia e Capacidade Física Percebida), não se registaram dificuldades nem anomalias nas respostas efectuadas, talvez devido à menor complexidade de compreensão/interpretação que estes apresentam.

3.6 Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Segundo Burns (1997), para analisar os dados deve-se obedecer às seguintes etapas: preparação dos dados para análise; descrição das características da amostra; análise descritiva dos dados; análise inferencial orientada pelas hipóteses, questões ou objectivos. Assim sendo, foi criada uma base de dados na versão 13.0 do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para o Windows, versão Copyright 2003 © SPSS, Inc., para introduzir os dados segundo o sistema de codificação pré-estabelecido, de forma a identificar cada variável.

No que respeita ao tratamento estatístico, utilizaremos a estatística descritiva, como forma de apresentação dos cálculos dos diferentes parâmetros estatísticos

descritivos, de modo a analisar os dados referentes à amostra. Para isso, recorreremos à média como medida de tendência central, ao desvio padrão como medida de dispersão, e às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais, para as variáveis em escala nominal.

Numa segunda fase, relativamente à estatística inferencial, iremos recorrer às análises comparativas através do Teste T de Student, One Way ANOVA, testes Post-hoc de Scheffé e correlações de Pearson– para verificar se existia ou não diferenças significativas entre grupos para as variáveis em estudo.

3.7 Definição e caracterização das variáveis em estudo

As variáveis em estudo apresentam-se divididas em dois grupos, as independentes e dependentes, sendo estas descritas de um modo sucinto.

3.7.1. Variáveis independentes

- Idade: Representa o tempo de vida do inquirido. Esta variável, serve para agrupar a amostra em grupos etários, facilitando a análise de dados.
- Género: Apresenta em duas categorias, Feminino (FEM) e masculino (MASC).
- Deficiência: Classifica os dois níveis de deficiência existentes: 1- “Deficiência Mental”; 2- “Deficiência Motora”.
- Estado civil: Contém cinco categorias fechadas – casado, solteiro, divorciado, viúvo, a viver união de facto.
- Profissão/ Actividade: Esta variável engloba toda a actividade ocupacional não desportiva que o inquirido realiza no seu dia-a-dia.
- Prática desportiva (modalidade): Considera a modalidade específica que o inquirido realiza. Nos casos em que os indivíduos não apresentam uma prática desportiva numa só modalidade é considerado o parâmetro, várias modalidades.
- Tempo de prática desportiva: considera o número de anos, que o indivíduo pratica a modalidade (s) acima referida.
- Frequência de prática desportiva: considerada para quantificar o número de vezes que o indivíduo pratica a (s) modalidade (s) por semana.
- Nível competitivo: onde se estabelece a distinção entre indivíduos o nível de prática desportiva de cada indivíduo. Esta variável foi agrupada em 4 categorias: 1-

“competição regional”; 2- “competição nacional”; 3- “competição internacional”; 4- “competição olímpica”.

3.7.2. Variáveis dependentes

A. Nível de Auto-estima global: variável que nos permite verificar a percepção do indivíduo no que respeita à quantificação do Auto-conceito (autodepreciação + autovalorização).

A.1 Nível da Autodepreciação: variável que nos permite averiguar a percepção do indivíduo no que respeita à quantificação da sua depreciação.

A.2 Nível da Autovalorização: variável que nos permite averiguar a percepção do indivíduo no que respeita à quantificação da sua valorização.

B. Nível de Capacidade Física Percebida: variável que nos permite verificar a percepção do indivíduo no que respeita à quantificação da sua capacidade física.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos no âmbito do tratamento estatístico efectuado para a presente investigação. De forma a descrever e analisar as características inerentes à globalidade da amostra em estudo, em primeiro lugar são apresentados os resultados das variáveis independentes em estudo que foram sujeitas à estatística descritiva (idade, género, estado civil, deficiência, modalidade praticada, tempo de prática desportiva, frequência da prática e nível competitivo). Seguidamente, serão apresentados os dados relativos às correlações parciais, regressões e à estatística inferencial (T de student e One way Anova) das diferentes variáveis em estudo.

4.1. Estatística descritiva das variáveis independentes e dependentes em estudo

Com a obtenção dos parâmetros relativos à estatística descritiva, consegue-se um conhecimento de todas as características globais da amostra em estudo, sendo assim possível interpretar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos utilizados.

Deste modo, os resultados relativos à estatística descritiva são apresentados através duma apreciação das tabelas de frequências relativas às variáveis independentes consideradas no estudo.

Na tabela 2, são explicitados os resultados relativos à variável género.

Tabela 2. Variável Género

Género	Frequência	%
Feminino	17	34
Masculino	33	66
Total	50	100

Segundo a tabela, a amostra apresenta 66% (N=33) de inquiridos do género masculino e 34% (N=17) pertencentes ao género feminino, num total de 50 inquiridos.

Na tabela 3, referente à variável Condição de Deficiência, são expostas as frequências e percentagens obtidas.

Tabela 3. Variável Condição de deficiência

Condição	Frequência	%
Deficiência Motora	13	26
Deficiência Intelectual	37	74

Para esta variável, efectua-se que 74% da amostra é respeitante ao grupo com deficiência intelectual, enquanto que 26% pertence à deficiência motora.

Na tabela 4, para a variável Idade, são explanados os frequências e as percentagens obtidas.

Tabela 4. Variável Grupo Etário

Grupo Etário	Frequência	%
15-25	33	66
26-35	11	22
36-45	6	12

Através dos dados expostos, verifica-se que a maior percentagem, 66%, pertence ao grupo etário 15-25 anos, seguido do 22% referente ao grupo 26-35, e do grupo 36-45 (12%).

A tabela 5, refere-se à variável estado civil.

Tabela 5. Variável Estado Civil

Estado	Frequência	%
Casado	1	2
Solteiro	49	98
Total	50	100

Segundo os valores obtidos, apenas dois estados civis estão presentes na amostra, sendo que apenas uma pessoa (2%) é casada. Os restantes inquiridos (98%) pertencem ao grupo solteiro.

Para a variável profissão/ Actividade, as frequências e percentagens podem ser observadas no quadro seguinte (tabela 6).

Tabela 6. Variável Profissão/Actividade

Profissão/Actividade	Frequência	%
Actividades Ocupacionais	29	58
Desempregado	1	2
Estudante	8	16
Actividades Pré -Profissionais	1	2
Actividade Profissional	11	22

Segundo a tabela, constata-se que 58% dos inquiridos realiza Actividades Ocupacionais, e 22% actividade profissional. As restantes ocupações, apresentam-se com menor incidência, tais como estudante (16%), desempregado (2%) e actividades pré-profissionais (2%).

A tabela 7, expõe o historial da prática desportiva da amostra, representada em anos (dividido em grupos).

Tabela 7. Variável Historial da Prática Desportiva

Anos de Prática	Frequência	%
1-10	39	78
11-20	9	18
+ 20	2	4

Segundo as frequências e percentagens apresentadas, verifica-se que 78% dos inquiridos realiza actividade física num espaço de 1-10 anos, sendo que 18% o faz à 11-20 anos. Destaca-se que existe um grupo restrito com um historial mais elevado (4%) que pratica actividade à mais de 20 anos.

A tabela 8 corresponde à frequência relativa e percentagem da variável frequência da prática desportiva actual por semana.

Tabela 8. Variável Prática Desportiva Semanal

Frequência Semanal	Frequência	%
1-2 Vezes	29	58
3 Ou + vezes	21	42

Comparativamente aos resultados expostos, considera-se que 58% dos inquiridos realiza actividade física 1 a 2 vezes por semana. Ainda assim, verifica-se que 42% realiza exercício físico 3 ou mais vezes por semana, sendo que 10% o faz de um modo mais frequente (4 ou mais).

A variável nível de competição desportiva, pode ser observada através das frequências e percentagens expostas na tabela 9.

Tabela 9. Variável Nível de Competição Desportiva

Nível	Frequência	%
Regional	20	40
Nacional	25	50
Internacional/ Olímpico	5	10

Após a observação da tabela, constata-se que 50% dos inquiridos corresponde a um nível competitivo nacional e, 40% a um nível regional. Contudo, 10% da amostra participa em competições internacionais e olímpicas.

Na tabela 10, são explanadas as modalidades praticadas pelos inquiridos.

Tabela 10. Variável Modalidades Praticadas

Modalidade	Frequência	%
Várias Modalidades	25	50
Marcha	1	2
Natação	15	30
Ténis de Mesa	1	2
Boccia	8	16

Relativamente à tabela da variável modalidade praticada, observa-se que 50% pratica várias modalidades (por exemplo Futebol e Natação), sendo que a Natação acolhe 30% dos inquiridos. O Ténis de Mesa é representado apenas por um atleta, e o Boccia apresenta-se com uma aderência na ordem dos 16%.

Na tabela 11, são explanadas as médias e os desvios padrão relativos às variáveis dependentes.

Tabela 11. Variáveis Dependentes

Variável	M	Sd
Competência física Percebida	40,98	7,24
AE Autoconfiança	14,04	1,69
AE Auto depreciação	11,84	1,56
AE Total	25,88	2,14

Em termos gerais, e relativamente às variáveis dependentes, destaca-se a média obtida na variável competência física percebida ($M=40,98$; $Sd=7,24$). Com valores menores apresentam-se as variáveis Auto Estima Total ($M=25,88$; $Sd=2,14$), Auto Estima – Autoconfiança ($M=14,04$; $Sd=1,69$) e Auto Estima – Autodepreciação ($M=11,84$; $Sd=1,56$).

4.2. Estatística inferencial das variáveis dependentes e independentes em estudo

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

Os níveis de significância bem como as médias e os desvios padrão relativos às variáveis dependentes tendo em conta a variável independente género podem ser visionados na tabela 12.

Tabela 12. Estudo Estatístico da Variável Género vs. Variáveis dependentes

Variáveis	Género	M	Sd	t	Sig. (2- tailed)
Competência física Percebida	Masc.	37,88	9,16	-2,26	0,03*
	Fem.	42,58	5,53	-1,94	
AE Autoconfiança	Masc.	14,12	1,62	0,23	0,82
	Fem.	14,00	1,75	0,24	
AE Auto depreciação	Masc.	12,00	1,50	0,52	0,61
	Fem.	11,76	1,60	0,53	
AE Total	Masc.	26,12	1,27	0,56	0,58
	Fem.	25,76	2,48	0,68	

* $p \leq 0,05$ (diferença estatisticamente significativa)

Através da análise à variável género vs. Variáveis dependentes, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no nível da Competência Física Percebida ($p=0,03$), para $p \leq 0,05$, com os maiores níveis correspondentes ao grupo feminino ($M=42,58$; $Sd 5,53$).

Nas variáveis referentes à Autoestima (AE autoconfiança, AE auto depreciação e AE total), não são encontradas diferenças estatisticamente significativas, verificando-se no grupo masculino os níveis médios mais altos.

Na tabela 13, são expostos os níveis de significância, as médias e os desvios padrão relativos às variáveis dependentes tendo em consideração à variável condição de deficiência.

Tabela 13. Estudo Estatístico da Variável Condição de deficiência vs. Variáveis dependentes

Variáveis	Condição	M	Sd	t	Sig. (2- tailed)
Competência física Percebida	DM	37,15	8,72	-2,31	0,03*
	DI	42,32	6,24	-1,97	
AE Autoconfiança	DM	13,46	1,20	-1,45	0,15
	DI	14,24	1,80	-1,76	
AE Auto depreciação	DM	11,15	1,41	-1,90	0,06
	DI	12,08	1,55	-1,99	
AE Total	DM	24,62	1,90	-2,63	0,01**
	DI	26,32	2,06	-2,74	

* $p \leq 0,05$ (diferença estatisticamente significativa); ** $p \leq 0,01$ (diferença estatisticamente muito significativa)

Tendo em conta a condição de deficiência, são encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) nas variáveis Competência Física Percebida

($p=0,03$) e Autoestima total ($p=0,01$), sendo que os níveis médios mais elevados recaem sobre o grupo DI ($M=42,32$; $Sd=6,24$ e $M=26,32$; $Sd=2,06$ respectivamente).

Na tabela 14, são expostas as médias e os desvios padrão relativos às variáveis dependentes tendo em consideração a variável nível competitivo.

Tabela 14. Estudo Estatístico da Variável Nível Competitivo vs. Variáveis dependentes

Variáveis	Competição	M	Sd
Competência física Percebida	Regional	38,50	8,25
	Nacional	41,68	5,55
	Internacional	47,50	8,06
AE Autoconfiança	Regional	14,50	1,54
	Nacional	13,52	1,71
	Internacional	15,00	1,83
AE Auto depreciação	Regional	11,80	1,82
	Nacional	11,96	1,43
	Internacional	11,50	1,30
AE Total	Regional	26,30	1,66
	Nacional	25,48	2,45
	Internacional	26,50	2,38

Como podemos observar, tendo em conta os níveis de competição, os atletas que competem a nível internacional apresentam médias mais elevadas, no que concerne à competência física percebida ($M=47,50$), à Autoconfiança ($M=15,00$) e à Autoestima Total ($M=26,50$). No que respeita à autodepreciação, são os atletas que competem ao nível nacional, aqueles que mais se autodepreciam ($M=11,96$).

No entanto numa relação entre os grupos e as variáveis em estudo, não são verificadas nenhuma diferença estatisticamente significativas.

A correlação existente entre as variáveis dependentes, pode ser observada através dos níveis de significância explanados na tabela 15.

Tabela 15. Correlação entre variáveis dependentes

	Competência Física P.	EA Aconfiança	EA Adepreciação	EA Total
Competência Física P.		0,26	-0,03	0,18
EA Aconfiança			-0,14	0,69**
EA Adepreciação				0,62**
EA Total				

** $p \leq 0,01$ (relação muito significativa)

Dos níveis de significância relativos às correlações existentes entre as variáveis dependentes em estudo, encontramos relações claras entre as variáveis Auto Estima total e Auto Estima Autoconfiança ($P=0,69$) e Auto Estima Autodepreciação ($P=0,62$), para $p \leq 0,01$ (relações muito significativas).

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo iremos proceder à discussão dos resultados apresentados anteriormente, com o objectivo de contribuir para uma melhor compreensão do seu significado, no contexto da revisão de literatura analisada.

Esta investigação, surgiu no âmbito da tentativa de melhorar e aprofundar a área em causa, pois através dos resultados poderão criar-se estratégias para a avaliação e intervenção no domínio cognitivo, mais especificamente nas autopercepções.

É objectivo deste estudo, procurar explicar outras variáveis, tais como a idade, o género, a prática desportiva, a condição de deficiência; susceptíveis de mostrar diferenças significativas e preditora de alguma diversidade de opiniões.

Será que as expectativas iniciais coincidiram com os resultados obtidos?

Tal como referido no início do trabalho, a visão particular deste trabalho permitirá compreender de que forma os constructos são percebidos pela população em estudo, assim como constatar a existência de autopercepções positivas, que são essenciais no seu processo de integração, aprendizagem e Bem-estar mental.

Com base nos resultados obtidos, através da análise descritiva das variáveis, verificámos que dos 50 indivíduos do presente estudo, 37 apresentam deficiência intelectual e 13 deficiência motora, ou seja, a amostra foi constituída maioritariamente por atletas em condição de deficiência intelectual, bem como do género masculino, com 33 sujeitos comparando com os 17 pertencentes ao sexo oposto. Nas várias investigações, tais como a de Rosenberg & Simmons (1975), Fox e Corbin (1989), Fox (1990), Marsh (1989), Marsh (1998, citado por Ferreira 2002) e Oliveira (2005), sobre os efeitos do género na Autoestima, verificou-se que as mulheres possuem níveis de Autoestima mais baixos do que os homens. Estes estudos estão de acordo com os resultados obtidos, quer nos seus domínios de autodepreciação e auto confiança, bem como no nível da autoestima global, onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, induzindo o sexo masculino como aquele que mais positivamente se elogia. Nesta linha, alguns autores (Hayes, Crocker, & Kowalski, 1999; citado por

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

Já ao nível da competência física percebida, é o sexo feminino que apresenta os valores mais elevados ($M=42,32$; $Sd=6,24$). Neste ponto não se pode concordar com os autores Fredenburg, Belcher & Cleveland (1999), que referem numa perspectiva generalista, que os rapazes tendem consistentemente a demonstrar níveis mais elevados de percepção de competência. O número reduzido de mulheres na amostra (17 contra 33 homens) pode justificar as diferenças encontradas, no entanto não será de descurar os valores obtidos, pois representam uma diversidade de opiniões. Estes resultados induzem que o género nem sempre representa uma condição susceptível de provocar diferenças ao nível da percepção das competências físicas.

No que concerne à condição de deficiência, verifica-se que a classe em condição de deficiência intelectual apresenta os níveis mais elevados, denotando diferenças estatisticamente significativas nos domínios da capacidade física percebida, bem como nos resultados da Autoestima Total. O estudo de Mateus (2005) vem em conta com os resultados obtidos, quando averigua que existiam diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável origem de deficiência, no entanto, nesta investigação não existem membros do sexo masculino, nem deficiência intelectual. Ainda assim, é importante reconhecer que a condição de deficiência da nossa amostra provoca diferenças nas percepções dos indivíduos afectados, diferindo os níveis de Autoestima e de Competência Física Percebida. Deste modo importa saber quais os impactos que cada condição de deficiência tem na pessoa, pois a sua percepção vai fazer a diferença, não descurando claro, todos os outros factores, mas apenas incidindo na área psicológica. Ao analisar o impacto da deficiência na Autoestima corporal, os autores Taleporos e McCabe (2001), constataram que a condição de deficiência motora pode exercer uma influência adversa sobre sentimentos relativos à atracção física e sexual, assim como fortes sentimentos negativos face ao corpo, em consequência de sinais como a vergonha, o desconforto, a falta de aceitação, bem como o descontentamento e stress para com o próprio corpo, o que pode justificar os resultados obtidos, pois apresentam os níveis mais baixos tendo em comparação o outro

grupo pertencente á amostra. Outro facto que pode estar relacionado com a obtenção destes resultados, é o facto das pessoas em condição de deficiência intelectual não terem a noção exacta das suas percepções reais, pois apresentam um défice cognitivo.

A presença de um grande número dos inquiridos com idades entre os 15-25, pode justificar a grande quantidade de solteiros, apesar de existir apenas uma pessoa na amostra que se encontra casada. Apesar de tudo, 34% da população apresenta-se no escalão adulto (+ 26 anos). Este facto apesar de não despertar muito interesse, deve ser analisado com uma perspectiva social. A integração da pessoa em condição de deficiência na sociedade reflecte ainda alguns preconceitos, nomeadamente no que respeita à construção de “vida a dois”, pois ainda é visto como uma pessoa dependente e por muitas vezes incompreendido, sendo mesmo posto como uma hipótese menos válida para cônjuge. Assim, e nesta linha pensamento, a integração da pessoa deficiente só se mostrará com efeito quando for entendida como uma solução, não necessariamente exclusiva mas prioritária, cujo âmbito deve ser progressivamente aumentado. Este facto é a chave para a futura integração do jovem em condição de deficiência na sociedade (citado por Silva, 1993), bem como a alteração de dados como os obtidos neste estudo.

No historial da prática desportiva, denota-se que a maior parte dos inquiridos pratica exercício à menos de 10 anos. Tendo em conta as idades da população em estudo, parece ser um bom indicio, no entanto parece que a população está dividida com a frequência apresentada, sendo que a maioria o faz por apenas 1 ou 2 vezes por semana. Um dos constructos que parece influenciar, claramente, a percepção de competência, é a experiência desportiva extra-curricular, pelo que quantos mais anos estiverem ligados à prática desportiva, mais elevados serão os níveis da competência (Goudas, Dermizaki & Bagiatis, 2001). Este ponto revela-se importante de salientar visto que a população em causa apresenta um historial aceitável, e uma experiência desportiva vasta, como podemos observar nas variadas disciplinas em que competem.

Ao nível competitivo, a amostra insere-se maioritariamente em competições nacionais e regionais, o que reflecte já um patamar de competição médio, distribuidas pelas várias modalidades praticadas, pois grande parte dos indivíduos compete em várias disciplinas. Nos casos em que a competição só acontece numa modalidade, os indivíduos recaem mais pela natação ou pelo boccia. Para o último caso, os atletas que competem no Boccia são todos pertencentes á condição de deficiência motora, que comparando com o N da amostra (N=13), denota uma adesão bastante elevada para esta

modalidade por parte desta condição. Papaloannou & Theodorakis (1996), destacam que os alunos que se sentem incompetentes fisicamente para uma dada tarefa/atividade, irão evitar esse contexto que evidencia tal situação e perceberem que não exercem controlo sobre a actividade em questão. Este facto já tinha sido considerado por Vallerand & al. (1987), em que as percepções de competência seriam uma das causas para o abandono desportivo, dadas as consequências negativas desse tipo de percepções. O factor competência percebida pode não justificar a existência de bastantes indivíduos a competirem em várias modalidades, no entanto não se deve descurar esta questão, pois a opinião e a percepção do indivíduo vai sendo alterada com o aparecimento de novas experiências e aquisições, que diferem nas diferentes fases da vida. Ainda assim, a escolha de uma modalidade desportiva pode depender em grande parte das oportunidades que são oferecidas às pessoas em condição de deficiência, da sua condição socio-económica, das suas limitações e potencialidades, da suas preferências desportivas, facilidade nos meios de locomoção e transporte, de materiais e locais adequados, do estímulo e apoio familiar, de profissionais preparados, dentre outros factores. Estes factos podem levar a alguma incompatibilidade na adesão a certas modalidades, bem como o contrário, pois quando as acessibilidades a uma prática desportiva variada e a disponibilidade mencionada estão presentes, a adesão a múltiplas modalidades torna-se um facto eminente. Podemos ainda constatar, tendo em conta os níveis de competição em que a amostra se divide que, os atletas que competem a nível internacional apresentam valores mais elevadas, no que concerne à competência física percebida ($M=47,50$; $Sd=8,06$), à Autoconfiança ($M=15,00$; $Sd=1,83$) e à Autoestima Total ($M=26,50$). No que respeita à autodepreciação, são os atletas que competem ao nível nacional, aqueles que mais se autodepreciam ($M=11,96$; $Sd=1,43$). Assim, o factor competitivo aparece aqui como um dos meios para a melhoria das capacidades psicológicas, aumentando os níveis de AutoEstima global bem como o de competências físicas e sua percepção. Com o aumento do nível competitivo, a responsabilidade e a capacidade psicológica do atleta deve ser maior, logo os seus níveis de confiança tendem ser também eles mais elevados. Segundo alguns autores (e.g. Sherrill, 1986 Blinde & McClung, 1997) o desporto adaptado é a melhor forma de potenciar as capacidades da pessoa com deficiência, uma vez que a participação na actividade desportiva fornece ao individuo um contexto que permite desenvolver as suas percepções, bem como nos domínios físico e social, pois o individuo interage com os outros, construindo uma biografia individual e social, tornando assim, o nível de

competição um factor pertinente. Contudo, importa salientar que na relação entre os grupos da amostra e as variáveis dependentes em estudo, não são verificadas nenhuma diferença estatisticamente significativas. Este facto pode dever-se ao facto de as categorias de competição não apresentarem um número de atletas significativo, susceptível de poder provocar estas diferenças.

De um modo geral, o nível da Autoestima Total revelou-se satisfatório, com todos os valores a apresentarem-se positivos (acima do valor mediano da escala 20), apesar de não existirem valores muito altos ($M=25,88$; $Sd=2,14$). Os valores obtidos, vêm em conta com os recebidos nos dois domínios da Auto Estima, a Autodepreciação e Autoconfiança, os dois com cotações médias. Ainda assim, as percepções relativas ao domínio da Autoconfiança ($M=14,04$; $Sd=1,69$) revelaram-se mais positivos do que os da Autodepreciação ($M=11,84$). No que concerne à Autoestima Total, o estudo de Varela (2005) atingiu valores também satisfatórios apesar de mais elevados ($M=32,00$), todavia, o estudo descarta a condição de deficiência intelectual.

Os mesmos resultados foram verificados nos níveis da Competência Física Percebida, com níveis gerais bastante razoáveis ($M=40,98$), com quase toda a amostra a apresentar-se acima do valor mediano (94%). Estes resultados vão de encontro com os alcançados por Begley (1999), por Cuskelly & Jong (1996), Campos (2005) e Bruges (2005), que averiguaram, as autopercepções de crianças e jovens com Síndrome de Down e concluíram que estes se percebem de forma muito positiva, apesar das conclusões tiradas por Mikelkeviciute & Adomaitiene (2001), que referem que os indivíduos com deficiência possuem grandes dificuldades em desenvolver uma autopercepção positiva a nível da competência académica e física. Ainda assim, este facto pode ser justificado com a prática desportiva regular e assídua que os atletas apresentam, pois como afirmam Alfermann & Stoll (2000), o exercício físico tem um papel preponderante na melhoria das capacidades psicomotoras e psicossociais da pessoa com condições de deficiência, sendo observadas melhorias nas variáveis psicológicas, tais como a promoção autopercepções no domínio físico. Alencar, (1986) e Souza, (1994), defendem que o exercício físico, podem ser observados, ganhos nos níveis do auto estima, integração social, redução da agressividade entre outros benefícios.

De destacar a existência de uma correlação clara entre os dois domínios da Auto Estima e o nível da Autoestima Total. Estes resultados já eram esperados pois a

autoestima total define-se pela soma das suas duas variáveis, a auto depreciação e autoconfiança, indiciando uma cumplicidade mútua.

Uma hipótese para as Autopercepções negativas registadas pelos indivíduos da nossa amostra, poderá estar relacionada com a visão negativa dada pelos médicos, uma vez que a reabilitação não passa por um processo de integração na sociedade e interação com “outras faces” do contexto social, mas apenas por alguns meses de reabilitação física e psicológica que em todo o momento põe em causa as limitações do indivíduo, rotulando-o como pessoa deficiente, aleijada e incapaz. Assim, as estratégias e mecanismos que capacitam os indivíduos com deficiência para enfrentarem desafios percebidos como difíceis e incómodos, bem como o crescimento através da adversidade assumem junto desta população um grande incremento nos níveis da Autoestima, de Competências Físicas e de Bem-estar psicológico, uma vez que surgem como forma de encorajamento, aumentando a força de vontade e o “centro” do controlo interno e autoconfiança. Estes dois mecanismos surgem geralmente associados e são muitas vezes mencionados no campo da reabilitação e do desporto adaptado (Sherrill, 1977). Ainda assim, Souza (1994), enfatiza que o desporto adaptado deve ser considerado como uma alternativa lúdica, sendo esta parte do processo de reabilitação das pessoas em condição de deficiência motora.

Deste modo, e de acordo com Silva (1993), o Desporto para deficientes deixa de ser encarado apenas como uma terapia para passar a ser visto como um meio de desenvolvimento da performance dos deficientes permitindo, entre outros aspectos, uma sensibilização do grande público, uma informação positiva sobre os diferentes tipos de deficiência e suas reais capacidades bem como uma tomada de consciência das grandes vantagens que traz à pessoa em condição de deficiência, factores estes que vão contribuir decisivamente para a sua integração social. Nesta linha de pensamento, podemos dizer que o desporto adaptado é um dos pontos fulcrais na melhoria das capacidades “reminiscentes”, uma vez que a participação em eventos desportivos fornece ao indivíduo um contexto que permite desafiar as Autopercepções de um “corpo deficiente”, pois se os programas forem bem orientados e devidamente estruturados, a natureza física da participação pode realçar mais a habilidade do que a própria deficiência (Shearer, 1977; Sherrill, 1986; citado por Blinde & McClung, 1997)

Por fim, é necessário salientar as dificuldades obtidas na análise do PSPPp, o que inviabilizou que algumas das nossas expectativas fossem descuradas. Assim, os

dados não puderam ser tratados, não sendo por isso possível uma análise mais aprofundada e fundamentada. As relações que poderiam existir entre os domínios retratados neste questionário não poderão ser levantadas, o que vai contra os nossos objectivos iniciais. Contudo, este facto leva-nos a reflectir sobre um aspecto importante, a reformulação do PSPPp para a população em condição de deficiência, tal como sugerem os autores Mateus (2005), Oliveira (2005) e Varela (2005), em estudos realizados na área e em que o PSPPp foi utilizado. Será importante rever os pontos essenciais, pois um reajustamento do questionário, relativamente ao grau da sua complexidade interpretativa, bem como o léxico usado, poderá melhorar a obtenção de dados, bem como estes saírem mais fiáveis e verdadeiros, aumentando assim o “score” da investigação.

No decorrer deste estudo, chegou-se à conclusão de que existe maior facilidade em encontrar atletas com deficiência intelectual do que motora, pelo menos na zona centro do país, o que leva a concluir que ainda existe um défice na inserção desta condição no universo da actividade física.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste capítulo apresentaremos as conclusões do presente estudo, tendo em conta as suas limitações, bem como algumas advertências que consideramos marcantes para estudos a realizar futuramente.

Assim, as conclusões exortadas, permitirão compreender de que forma os constructos são percebidos por população, assim como a existência de autopercepções positivas, essenciais no processo de socialização e bem-estar, bem como no de ensino-aprendizagem.

6.1 Conclusões de carácter descritivo e inferencial

No início do nosso trabalho delineamos objectivos e hipóteses, às quais obtivemos resultados satisfatórios, podendo assim aferir de algumas conclusões. Assim, destaca-se que o género masculino e a condição de deficiência intelectual, como os que mais positivamente se percebem. O género feminino apresenta os valores mais elevados no que respeita à percepção da competência física.

Os níveis da Autoestima e da Competência Física percebida revelaram-se positivos, o que pode induzir o impacto que a actividade física representa nas variáveis dependentes em estudo, onde verificamos uma influência positiva. Ainda assim, existem relações fortes entre os domínios auto depreciação e auto confiança com a variável Auto Estima total.

Em função das expectativas formuladas inicialmente, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas:

- Nos domínios auto depreciação, auto confiança e autoestima global tendo em conta a variável género, em que os homens são os que mais positivamente se percebem.

- Na Competência física percebida segundo a variável género, em que as mulheres apresentam os valores mais elevados.

- Na Capacidade física percebida e Auto estima Total em função das condições de deficiência, em que a classe com deficiência intelectual apresenta os níveis mais altos.

6.2 Limitações do estudo

No seguimento do que foi concluído, é de ressaltar as limitações metodológicas e processuais encontradas ao longo da realização deste estudo. No entanto, são referidas aquelas que se mostram mais pertinentes para futuras investigações do género:

- O volume e complexidade da bateria de testes. Esta limitação prende-se a um facto confirmado ao longo da obtenção dos dados. Na versão PSPPp constituiu um factor de erro e não de esclarecimento e complemento. Além de apresentar muito extenso, apresenta categorias muito parecidas, levando a inúmeras confusões, sendo que os resultados são os mais prejudicados e com muito pouca fiabilidade. Grande parte da amostra mostrou dificuldades na sua execução, muito devido ao vocabulário citado.

- A obtenção de uma amostra numerosa. A dificuldade em constituir um grande número de participantes, verificou-se como uma limitação preponderante. Para este acontecimento, contribuíram os questionários mal preenchidos, incompletos ou em branco, além de outras causas como a demora na entrega e algum desleixo por parte de responsáveis de algumas instituições importantes e bastante numerosas. Um aumento no tamanho da amostra resultaria na formulação de conclusões mais válidas.

- O carácter exploratório da investigação. Apesar de não poder ser afirmada como uma limitação no seu sentido lato, o carácter exploratório desta investigação acarreta uma limitação de referência. Como sabemos, não existem muitos estudos realizados com esta bateria de testes, o que leva a que a discussão dos resultados obtidos recaiam sobre estudos obtidos com outros testes, não sendo por isso muito fácil discutir de forma semelhante. No entanto, todos os estudos exploratórios iniciam assim a sua caminhada na obtenção da fiabilidade e validade pretendidas.

- O tratamento estatístico dos dados. O uso do programa SPSS, versão 13.0 mostrou-se uma novidade no meu percurso da investigação. A não existência de requisitos, tornou o tratamento de dados uma limitação, pois foram evidentes as dificuldades encontradas. Penso que o estudo não se mostrou mais interessante, pois para a realização de inúmeras correlações que se poderiam ter efectuado, não passaram aquando o tratamento dos dados neste programa.

6.3 Recomendações futuras

De modo a melhorar investigações futuras realizadas na área, e baseados nas limitações encontradas, é relevante levantar algumas recomendações, de modo a que futuros estudos, possam ser produzidos de um modo mais fiável. Assim, deve-se ter em conta os seguintes aspectos:

- Adopção de uma bateria de testes menos extensa e mais simples. A utilização do PSPP deve ser revista, ou simplesmente adaptada à população em causa. Esta sugestão vem em conta da recomendação seguinte, como podemos verificar com a escolha da população a estudar, sendo sempre necessário um reajustamento à bateria de testes a aplicar. Além disso, e como podemos constatar, o PSPP não foi analisado pois os resultados obtidos denotaram erros, passíveis de um preenchimento incorrecto.

- Reduzir a amostra a uma condição de deficiência (motora ou intelectual). Penso que este facto se torna preponderante e enriquecedor. Este estudo ao ser aberto na escolha da amostra, pois poderiam existir todas as condições de deficiência, torna-se vago, e pouco fiável a obtenção de dados. Comparar duas condições de deficiência é importante, no entanto a complexidade deste domínio (autopercepções), torna-se ainda mais complexo quando nos tratamos com condições de deficiência intelectual, pois aí será necessário reajustar a bateria de testes. Assim, penso que a escolha de uma amostra mais homogênea, poderá tratar variáveis mais importantes, nomeadamente ao nível interno da condição de deficiência em causa. Outro caso possível, era a realização de um estudo que abordasse amostras mais homogêneas como por exemplo a idade de modo a poder comparar diferentes fases da vida.

- Adopção de outras variáveis. A inclusão de mais variáveis independentes relacionadas com a condição de deficiência tais como a idade em que adquiriu a deficiência, o tipo de lesão, nível de independência, entre outros, poderia enriquecer o estudo.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asci, E., Asci, A., A. & Zorba, E. (1999). Cross-cultural validity and reliability of physical self-perception profile. *International Journal of sport Psychology*, 30: 399-406
- Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and Well-Being. *International journal of Sport Psychology*, 30, 47-65
- American Association on Mental Retardation www.aamr.org
- APA (2002). *Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – DSM IV – revisão de texto*. Fernandes, J. (Ed.) Climepsi Editores
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*: 84,191-215.
- Baptista, P.M. (2000) Satisfação com a imagem corporal e auto-estima – estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física. *Revista Horizonte*, 16 (91), 9-15
- Barros, J.F., Cavalcante, O. A., Oliveira, R. J. (2000). Deficiência mental e a atividade física. *Revista Digital*. Ano 5, nº23:Julho
- Begley, A. (1999). The self-perceptions of pupils with Down Syndrome in relation to their academic competence, physical competence and social acceptance. *International journal of Disability, Development and education*. 46, 4, 515-529
- Berger, B. & McInman, A. (1993). Exercise and the quality of life. In R. Singer, M. Murphey, & L. Tennant (Eds.), *Handbook of research on sport psychology*. New York: Macmillan.

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

 - 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

 - Brochado, P. (1999). *Estudo comparativo do autoconceito físico em indivíduos deficientes motores do sexo masculino sedentários e praticantes de actividade física adaptada*. FCDEF. Universidade de Coimbra

 - Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the Body – Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887-892.

 - Bruges, V.C.M.P. (2005). *Competência percebida em alunos com Síndrome de Down – estudo comparativo com crianças do pré-escolar*. Dissertação de licenciatura. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra

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

 - Caetano, L. (2004). Prescrição de Actividade Física para Idosos. *Revista Horizonte*: 20 (116): 33-37.

 - Campbell, R.N. (1984). *The new science: Self-esteem psychology*. Lanham, MD: University Press of America

 - 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

- Campos, M.J. (2005). *Autopercepções em crianças e jovens com Síndrome de Down – Estudo da competência e da aceitação social*. Tese de Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Porto
- 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: Butterworth-Heiseman
- Carta Europeia do Desporto para todos: as pessoas deficientes (1988). *Desporto e Sociedade, Antologia de textos 105*. Lisboa: Ministério da Educação – direcção geral dos desportos.
- Castro, J.A.M. (1996). O deficiente e o Desporto. *Revista Horizonte*, XIII (74), 26-30
- Cruz, J.F., et al. (1996) Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. In José F. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga: SHO. Sistemas Humanos e Organizacionais, pp. 91-116
- Coopersmith, S. (1967) *The Antecedents of self-esteem*. San Francisco. W.H. Freeman & Co. Pubs.
- Corbin, C. & Fox, K. (1987). Composição corporal – a espada de dois gumes. *Revista Horizonte*. Vol. IV, Nº 22, Nov/Dez, 136-141
- Corredeira, R. (2001). *Competência Percebida e Aceitação Social em Crianças com Paralisia Cerebral: Tradução e adaptação da Pictorial Sclae ans Social Acceptance in children with Cerebral Palsy para a realidade portuguesa*. Tese de dissertação de mestrado, Faculdade de ciências do Desporto e Educação Física, Universidade do Porto.
- Davis, C., Body-image, Exercise and Eating Behaviors. In K.R. Fox (Ed.). *The Physical self: from motivation to well-being*, Illinois, human Kinetics Publisher, 1997, 201-211

-
- 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
- Ferreira, J.P. (2005). *Exercício, autopercepções e bem-estar psicológico em praticantes com deficiência motora*. In D. Rodrigues (Ed.) *Actividade motora adaptada: A alegria do corpo* – S.Paulo; Summus
- Ferreira, J.P. (in press). *Desporto adaptado, um veículo de socialização e de integração da pessoa com deficiência*. *Boletim da sociedade Portuguesa de Educação Física*.
- Ferreira, J.P., & Meek, G.A. (2001). Portuguese wheelchair athletes self-perceptions in physical domain: Preliminary analysis. *Proceedings of the 13th International Symposium, 5th European Congress Adapted Physical Activity – ISAPA* (p. 50). Vienna, Austria.
- 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. (2003). *Evidence of cross-cultural validity and reliability of a Portuguese version of the Physical Self-Perception Profile*. In R. Stelter (ed.) *Proceedings of the 11th European Congress of Sport Psychology – FEPSAC*, Compenhaga, Dinamarca
- 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. (in press). *An investigation into the structure, reliability, and validity of a Portuguese version of the Physical Self-Perception Profile*. Universidade de Coimbra: FCDEF

-
- Fisher, S. (1986). *Development and structure body image; vols 1*. 82. Hillsdale, HJ, Erlbaum

 - 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, pp. 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., & 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. (1988). The Self Esteem complex and youth fitness. *Quest*: 40: 230-246.

 - 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. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240

 - Fox, K.R. (1990). *The Physical self-perception profile manual*. Dekalb, IL, departmente of Physical Education, Office for Health Promotion: Northern Illinois University.

 - Fox, K.R. (2004). The evidence base for physical activity and mental health. I International In: *I Symposium of Exercise and Health Psychology – Coimbra*. Department of exercise and health sciences, university of Bristol, UK.

 - Fox, K.R., & Corbin, C.B. (1989). The physical self-perception profile: development and preliminary validation. *Journal of sport & Exercise Psychology*, 11:408-430

-
- Freitas, NO. (2000). *Objectivos de realização e crenças sobre a competência desportiva: um estudo com atletas com deficiências visuais*. Tese de Mestrado em Ciências do Desporto e Educação Física. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade do Porto

 - Guthrie, S. & Castelnuovo, S. (2001). Disability Management Among Women with impairments: the contribution of Physical activity. *Sociology of Sport Journal*, 18, pp.5-20

 - Guttman, L. (1981) *Lesionados medulares: tratamiento global e investigación*. Barcelona: Editorial JIMS.

 - Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53: 87-97

 - 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. (1985). Manual for the self-perception profile for children. Denver: University of Denver

 - Horn, & Weiss, (1991). A model of motivational orientation for youth sport: some preliminary work. http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2248/is_n118_v30/ai_17150131

 - Kamal, A. (1995). Self-esteem attributional components of athletes versus nonathletes. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 189-195

 - Longmuir, P.E., & Bar-Or, O. (2000). Factors influencing the physical activity levels of youths with physical and sensory disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 40-53

-
- Machado, D. (2004) – *Autopercepções e Bem-Estar Psicológico nas Populações especiais – Estudo exploratório com indivíduos paralisia cerebral com prática desportiva ocasional e regular*. Dissertação de monografia em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra: FCDEF

 - Marsh, H.W. (1994). Using the national longitudinal study of 1988 to evaluate theoretical models of self- concept: The self-description questionnaire. *Journal of Educational Psychology*, (86), 3, 439-456

 - Marsh, H. W., & Byrne, B. (1998). A multifaceted academic self-concept: it's hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 80 (3): 366-380

 - 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. & Shavelson, R.J. (1985). Self-concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-125

 - Mateus, A.F.J. (2005). *Autopercepções e bem-estar psicológico em populações especiais: estudo exploratório em indivíduos do sexo feminino com deficiência motora e sedentários*. Dissertação de licenciatura, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra

 - Melo, A. C. R. & López, R. F. A. (2002). *O Esporte Adaptado*. Revista Digital. Ano 8, nº51, Agosto 2002

 - Montgomery, M. (1994). Self-concept and children with learning disabilities: Observer-child concordance across six context-dependent domains. *Journal of Learning Disabilities*, 27, 254-262

-
- Oliveira, H. (2005). Autoconceito físico, auto estima e imagem corporal: estudo comparativo em adultos de ambos os géneros dos 25 aos 45 anos de idade. Dissertação de licenciatura. FCDEF-UC

 - Oliver, M. (1986). *Social policy and disability some theoretical issues – Disability handicap and society*, 1 (1), 5-17

 - Page, A., Ashford, B., Fox, K., & Biddle, S. (1993). Evidence of Cross-cultural validity for the Physical Self-Perception Profile. *Personal Individual Differences*. 14, 4, 585-590

 - Peixoto, F., & Mata, L. (1993). Efeitos da idade, sexo. Nivel socio-cultural no auto-conceito. *Análise Psicológica*, Vol. 3, Nº 11, 401-413.

 - Pitetti, K. & Yarmer, D. (2002). Lower Body Strength of Children with and without mild mental retardation: A comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, vol. 19, 68-81

 - Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*: 69, 719-727.

 - Rosadas, S. C. (1986) *Educação Física para deficientes* . Rio de Janeiro Ateneu, p. 214.

 - Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press

 - Rosenberg (1979). *Conceiving the self*; New York: Basic.

 - Rodrigues, J.A.G. (2003). *Autopercepções no domínio físico em jogadores de futebol com paralisia cerebral*. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra

-
- Seabra, A.M.N. (1999). *Autoconceito físico e Identidade atlética: estudo realizado em atletas internacionais com e sem deficiência*. Tese de Mestrado em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade do Porto.

 - Seaman, J.A & DePauw, K.P. (1982) *The new adapted physical education: a developmental approach*. Palo Alto, CA, Mayfield Publishing Company.

 - Schutz, L. K. (1994) The wheelchair athlete. In Buschbacher, R. M. & Braddom, R. L.(Orgs). *Sports medicine and rehabilitation: A sport-specific approach*. (pp. 267-274). Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.

 - 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. (1982). Self-concept, the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*. 74, (1), 3-17

 - Shavelson, R.J., Hubner, J., & Stanton, G.C., (1976). Self-concept: validation of construct interpretation. *Review of educational Research*, 46 (3): 407-441

 - Souza, P.A. (1994) *O esporte na paraplégia e tetraplegia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A .

 - Sherrill, C. (1997). Disability, Identity, and involvement. In Sport and Exercise. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: form motivation to weel-being* (pp. 252-286). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

 - Sonstroem, R.J. (1984). Exercise and Self-esteem. *Exercise and Sports Sciences Reviews*, 12, 123-155

 - 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.

-
- 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., Speliotis E., & Fava J. (1992). Perceived physical competence in adults: an examination of physical self-perception profile. *Journal of sport & Exercise Psychology*, 14: 207-221
 - Stone, S.D. (1995). The myth of bodily perfection. *Disability and Society*, 10 (4), 413-424
 - Van der Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K, David, A, Morres, I., Coppinolle, 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
 - Varela, A. (1991). Desporto para as pessoas com deficiência, expressão distinta do desporto. *Revista de Educação especial e Reabilitação*, 1, (5 e 6), 53-62.
 - Varela, E.F.C. (2005). *Autopercepções e bem-estar psicológico em populações especiais: estudo exploratório em indivíduos do sexo masculino com deficiência motora e sedentários*. Dissertação de licenciatura. FCDEF-UC
 - Vaz Serra, A. (1986). A importância do Autoconceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
 - Vinagreiro, M. & Peixoto, L. (2000). *A criança com Síndrome de Down. Características e Intervenção Educativa*. Ed. APPACDM Distrital de Braga. Braga
 - Weinberg, R., & Gould, D. (1995). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
 - Weiss, M. (2000). Motivation Kids in Physical Activity. President's Council on Physical Fitness and sport. Research Digest, series 3, 11. http://www.Fitness.gov/activity2/digest_sept2000/digest_sept2000.html

- Winnick, J. (2000). *Adapted Physical Education and Sport*, (Third edition). Champaign, IL: Human Kinectics, pp. 182-192.

- Wylie, R.C. (1974). The self-concept: A review of ,ethodological differentiation. In: S. Wapner & H. Werner (Eds.). *The Bidy Percept*. New York. Random Houes.

- Wylie, R. (1979). *The self-concept*. Lincoln, NE: UN Press

- Zucchi, D.G. (2001). *Deporte y discapacidad*. Revista Digital. Ano 7, nº43, Dezembro

ANEXOS