

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física



**AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO NO DESPORTO ADAPTADO: O CASO
PORTUGUÊS DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS**

Marta Fernandes Freire

COIMBRA

2009

Monografia de Licenciatura realizada no âmbito do Seminário de Sociologia do Desporto – “Agentes de Socialização no Desporto Adaptado: o caso Português do Basquetebol em Cadeira de Rodas”, no ano lectivo 2008/2009.

Coordenadora e Orientadora:

Doutora Salomé Marivoet

Resumo

Neste estudo procuramos aprofundar o papel desempenhado pelos agentes de socialização no início da prática desportiva e ao longo da carreira desportiva dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas, nomeadamente os incentivos que estes recebem por parte dos seus familiares/pessoas com quem vivem, filhos e amigos/colegas, treinador, amigos com deficiência, colegas/funcionários da escola e professores.

A nossa amostra é constituída por 80 praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas que fizeram parte do Campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de rodas, na época de 2007/2008, dos quais 77 são do género masculino e 3 do género feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 63 anos. A informação foi recolhida através de um inquérito sociográfico, elaborado para o efeito de acordo com nosso modelo de análise, tendo sido tratada através dos programas informáticos – SPSS e Excel.

De uma forma geral, os resultados evidenciaram que os amigos com deficiência são os agentes que mais influenciaram os praticantes de Basquetebol no início da prática desportiva adaptada, seguindo-se a família.

Relativamente aos agentes de socialização que influenciaram os praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas ao longo da sua carreira desportiva, concluímos, que os amigos com deficiência continuam a ser o agente de socialização com maior influência, excepto nos praticantes com espinha bífida, em que o treinador surge em primeiro lugar.

No que concerne aos incentivos dados aos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas, verificámos que estes recebem um maior incentivo por parte do seu treinador e dos seus amigos com deficiência do que pelas suas famílias, ainda que estas manifestem hábitos desportivos. Para além disso, concluímos, que o incentivo dado aos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas pelos seus familiares, filhos e amigos/colegas é menor quando estes não apresentam hábitos desportivos.

Palavras-chave: Deficiência motora; Basquetebol em cadeira de rodas; Agentes de socialização.

Abstract

In this study we try to evaluate the socializing agents at the beginning of the practice of sport and throughout the sportive career of the wheelchair basketball players and the incentives they receive by their relatives/people they live with, children and friends/colleagues, coaches, disabled friends, colleagues/workers at school and teachers. It involved 80 wheelchair basketball players that took part of the National Wheelchair Basketball Championship, in the season 2007/2008, of those 77 are males and 3 are females, between 14 and 63. The information was gathered through our analysis model and treated through informatics programmes – SPSS and Excel.

In general, the results show that disabled friends and the families are the socializing agents that influence the basketball players the most when they initiate the practice of sport.

In what concerns the socializing agents that influence the wheelchair basketball players throughout their sportive career we concluded that the disabled friends are still the most influent socializing agent, with the exception of the players with spina bifida, in which case the coach is the most influent socializing agent.

In what concerns the incentive given to the wheelchair basketball players we confirmed that they get a more incentive by their coach and disabled friends than by their families even when the families have sportive habits. In addition we concluded that the incentive given to the wheelchair basketball players by their relatives, children and friends/colleagues is lesser when these do not have sportive habits.

Keywords: Motor handicap; Wheelchair basketball; Socializing agents.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
ÍNDICE DE QUADROS.....	ix
AGRADECIMENTOS.....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. A PROBLEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA.....	5
1.1.1. A Sociedade e a Deficiência.....	6
1.1.2. Quadro Conceptual da Deficiência.....	9
1.1.3. O Desporto Adaptado e a Actividade Física Adaptada.....	14
1.1.4. Enquadramento Legal Desportivo para Pessoas com Deficiência.....	16
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MOTORA.....	23
1.2.1. Lesão vertebro-medular.....	24
1.2.2. Espinha bífida.....	25
1.2.3. Poliomielite.....	26
1.2.4. Amputação.....	26
1.3. SOCIALIZAÇÃO DA PRÁTICA DESPORTIVA ADAPTADA.....	26
1.3.1. O Processo de Socialização.....	26
1.3.1.1. Estruturalismo funcional.....	28
1.3.1.2. Interaccionismo funcional.....	30
1.3.2. Agentes de Socialização.....	31
1.3.3. Agentes de Socialização no Desporto Adaptado.....	36
1.4. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA, OBJECTO DE ESTUDO HIPÓTESES.....	39
II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	43
2.1. MODELO DE ANÁLISE.....	45
2.1.1. Tipologia dos Grupos Sociais.....	47
2.2. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO.....	48
2.2.1. Instrumento de Medida: o Inquérito Sociográfico.....	49
2.2.2. Procedimentos na Aplicação do Inquérito Sociográfico.....	50
2.2.3. Análise e Tratamento de Dados.....	51
2.3. CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO/ AMOSTRA.....	51

III. CARACTERIZAÇÃO DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS	59
3.1. HISTÓRIA DO BASQUETEBOL EM CADEIRAS DE RODAS	61
3.2. A CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS	63
IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
4.1. AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO NO INÍCIO DA PRÁTICA DESPORTIVA	71
4.1.1. Apontamento Conclusivo	77
4.2. AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO AO LONGO DA CARREIRA DESPORTIVA	80
4.2.1. Apontamento Conclusivo	85
4.3. INCENTIVOS À PRÁTICA DESPORTIVA ADAPTADA	87
4.3.1. Hábitos Desportivos dos Familiares ou Pessoas com Quem Vivem, Filhos e Amigos/Colegas dos Praticantes de BCR	87
4.3.2. Auto-representação dos Incentivos Recebidos Pelos Vários Agentes de Socialização	89
4.3.3. Apontamento Conclusivo	94
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	95
BIBLIOGRAFIA	101
ANEXOS	115
ANEXO 1 INQUÉRITO SOCIOGRÁFICO	117
ANEXO 2 QUADROS DE APURAMENTO	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Carta Internacional da Educação Física e do Desporto da UNESCO, Artigo 1.º	6
Figura 2. Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência	11
Figura 3. Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência, Artigo 2.º (noção)	12
Figura 4. Excertos do livro Branco sobre o desporto – Ponto 2.5	18
Figura 5. Excertos da Constituição da República Portuguesa, Artigo 71.º (Cidadãos portadores de deficiência)	19
Figura 6. Excertos da Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência – Artigo 3.º (Objectivos)	20
Figura 7. Decreto-lei n.º 34/2007 de 15 de Fevereiro, Artigo 1.º (Objecto)	21
Figura 8. Excertos da de Bases da Actividade Física e do Desporto, Artigo n.º 2 (Princípios da universalidade e da igualdade)	21
Figura 9. Excertos da de Bases da Actividade Física e do Desporto, Artigo 29.º (Pessoas com deficiência).....	22
Figura 10. Variáveis que se relacionam com a aprendizagem social	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Estratificação da amostra segundo o género.....	52
Gráfico 2. Estratificação da amostra segundo a idade	53
Gráfico 3. Estratificação da amostra segundo o estado civil.....	54
Gráfico 4. Estratificação da amostra segundo o agregado familiar.....	54
Gráfico 5. Estratificação da amostra segundo as habilitações literárias.....	55
Gráfico 6. Estratificação da amostra segundo as condições perante o trabalho.....	56
Gráfico 7. Estratificação da amostra segundo o grupo social.....	56
Gráfico 8. Estratificação da amostra segundo o tipo de deficiência.....	57
Gráfico 9. Estratificação da amostra segundo o tipo de amputação.....	57
Gráfico 10. Estratificação da amostra segundo o período de aquisição.....	58
Gráfico 11. Estratificação da amostra segundo os anos de deficiência adquirida.....	58

Gráfico 12. Agentes de socialização no início da PDA.....	72
Gráfico 13. Agentes de socialização no início da PDA segundo a idade.....	73
Gráfico 14. Agentes de socialização no início da PDA segundo o grupo social.....	74
Gráfico 15. Agentes de socialização no início da PDA segundo o grau de escolaridade.....	75
Gráfico 16. Agentes de socialização no início da prática desportiva segundo o tipo de deficiência.....	76
Gráfico 17. Agentes de socialização no início da PDA segundo o período de aquisição.....	77
Gráfico 18. Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR.....	81
Gráfico 19. Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo a idade.....	82
Gráfico 20. Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo o grupo social.....	83
Gráfico 21. Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo o tipo de deficiência.....	84
Gráfico 22. Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo o período de aquisição.....	85
Gráfico 23. AFD das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR.....	87
Gráfico 24. Hábitos desportivos dos familiares.....	88
Gráfico 25. AFD dos amigos/colegas dos praticantes de BCR.....	89
Gráfico 26. Incentivos e hábitos desportivos dos familiares dos praticantes de BCR...90	
Gráfico 27. Incentivos das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR segundo a sua prática desportiva.....	90
Gráfico 28. Importância da PD do BCR para as pessoas com quem vivem segundo os seus incentivos.....	91
Gráfico 29. Importância da PD do BCR para os filhos segundo a sua prática desportiva.....	92
Gráfico 30. Incentivos dos amigos/colegas dos praticantes de BCR segundo a sua prática desportiva.....	92
Gráfico 31. Incentivos dos familiares, amigos/colegas, treinadores, amigos com deficiência, colegas/funcionários da escola, professores dos praticantes de BCR.....	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I. Visão geral da CIF.....	13
Quadro II. Dimensões, Variáveis e Indicadores.....	46
Quadro III. Sistema de classificação.....	65

AGRADECIMENTOS

Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos os que passaram pela minha vida e contribuíram para a construção de quem eu sou hoje e, sobretudo, àqueles que me fizeram ir mais longe.

E agradeço, particularmente, pela elaboração deste trabalho:

À minha professora e orientadora Doutora Salomé Marivoet pelo seu constante apoio, orientação e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e na realização e conclusão desta monografia.

A todas as equipas de Basquetebol em cadeira de rodas que, com a sua paciência e alegria, permitiram a realização deste estudo, e pela sua disponibilidade no preenchimento do inquérito.

À minha família que, com todo o apoio e carinho, nunca me deixou desanimar, ao longo destes quatro anos.

À minha irmã, pela paciência e apoio constante.

À Dona Maria que sempre me disse que eu conseguia superar todos os obstáculos e que este seria apenas mais um.

Aos meus amigos que permaneceram comigo, em especial à Cláudia e ao Nuno.

Por último um agradecimento especial ao Pedro por tudo!

A TODOS o meu sincero OBRIGADO.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, os indivíduos com deficiência têm vindo a conquistar o espaço que merecem na sociedade, como seres humanos de plenos direitos. Esta população tem adquirido direito à educação, ao trabalho, ao lazer, e também o direito à prática desportiva. No entanto, esta população tem-se deparado com várias barreiras, impostas pela sociedade na qual está inserida, bem como sujeita a atitudes discriminatórias e segregativas.

A prática de uma actividade física ou de um desporto surge como uma forma de prevenir ou reverter a situação de pré ou exclusão social. O desporto, independentemente da sua expressão, congrega em si um potencial de inclusão social, mantém-se na moda, contraria na sua prática a desvantagem, o isolamento e o separatismo que conduzem à exclusão social (Marques, 1997).

Apesar de concordarmos que o exercício, a prática desportiva regular e o desporto apresentam uma série de benefícios em grupos com deficiência, sabemos também, que o índice de participação na actividade física por parte de populações especiais se encontra abaixo do desejado. Acontece o mesmo com os estudos realizados, quer no âmbito da prática desportiva adaptada, quer no âmbito da sociologia da actividade física adaptada.

A socialização do desporto em atletas com deficiência ocorre através das relações sociais que eles estabelecem e mantêm com os outros. Assim, interessa-nos perceber a influência ou o impacto que ‘os outros’ têm na vida destes indivíduos, nomeadamente, nos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR). Estes ‘outros’ podem ser designados de agentes de socialização ou de ‘outros significativos’, como poderemos constatar no nosso enquadramento teórico.

Os agentes de socialização, que podem ser indivíduos, instituições ou organizações directamente envolvidas com os indivíduos, moldam as atitudes e comportamentos dos indivíduos, transmitindo-lhes normas, atitudes e comportamentos.

Vários estudos têm identificado como principais agentes de socialização a família, a escola, os pares e a comunidade. No desporto adaptado, são introduzidos outros agentes de socialização, nomeadamente, terapeutas, e amigos e/ou pares com deficiência que influenciam os indivíduos com deficiência a inicializarem uma prática desportiva. Estes agentes são particulares dos indivíduos com deficiência devido à natureza do desporto adaptado e ao sistema social na qual está inserida a deficiência.

Para além do estudo sobre os agentes de socialização presentes quer no início da prática desportiva adaptada quer ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR, também nos pareceu importante analisar os incentivos que esta população recebe por parte dos seus familiares, amigos com e sem deficiência, treinador, colegas e funcionários da escola e professores, e se de alguma forma, a manifestação de hábitos desportivos por parte dos familiares e dos amigos se relaciona com os incentivos por eles dados a esta população.

Assim, esta investigação vem complementar vários estudos realizados no âmbito da sociologia e da prática desportiva adaptada, tornando-se relevante conhecer quais os agentes que motivaram o início de uma prática desportiva adaptada e a continuidade da carreira desportiva dos praticantes de BCR, bem como os incentivos que esta população recebe por parte dos indivíduos que os rodeiam.

A presente investigação encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo – *Enquadramento Teórico* – é feita uma revisão da literatura sobre a problemática da deficiência e a socialização da prática desportiva adaptada. Neste capítulo é definido o problema e objecto de estudo bem como hipóteses e objectivos. No segundo capítulo, encontra-se definida a metodologia de investigação, onde se enquadra o modelo de análise, os métodos e as técnicas de recolha e tratamento de informação, e, por fim, a caracterização da amostra. No terceiro capítulo é feita uma caracterização do BCR, onde se encontra a história desta modalidade bem como a sua classificação funcional. No quarto capítulo, é feita a análise e a discussão de resultados. E, por último, são tiradas as conclusões e recomendações para futuros trabalhos.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para uma melhor compreensão da influência dos vários agentes de socialização presentes na vida dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) é necessário realizar um enquadramento teórico, onde serão identificados e discutidos os aspectos essenciais do tema, tendo por base a referência dos autores mais relevantes para o estudo em análise.

Assim, neste primeiro capítulo serão explorados quatro pontos. No primeiro será retratada a problemática da deficiência, a sua relação com a sociedade, o quadro conceptual da deficiência, o caso do desporto adaptado e da actividade física adaptada, a legislação desportiva para os indivíduos portadores de deficiência, e a caracterização dos diferentes tipos de deficiência. No segundo ponto serão desenvolvidos os aspectos referentes à socialização da prática desportiva adaptada, onde se encontram os agentes de socialização. No terceiro ponto será definido o problema e objecto de estudo e, por último, no quarto ponto, serão expostas as hipóteses e objectivos.

1.1. A PROBLEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA

Ao longo da História da Humanidade as pessoas com deficiência e com incapacidades foram objecto de preconceito e de discriminação. No entanto, nas últimas décadas o conceito de deficiência tem sido objecto de uma profunda reflexão, em larga medida, através da divulgação de documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Europeia. Após se ultrapassar a definição baseada em critérios médicos, no final do século XX, a questão que se colocava era sobre a relação existente entre deficiência e incapacidades, assim como sobre a definição destes dois conceitos, pois tem existido uma diversidade de posições e de conceitos.

Considerava-se, que as pessoas com deficiência e incapacidades não eram pessoas doentes, e que algumas das suas limitações eram claramente compensadas pela melhoria de outras capacidades. Outros defendiam a necessidade de definir com rigor os conceitos de incapacidade e de deficiência, relacionando-os, medindo-os e classificando-os de forma a clarificar melhor o universo em causa, que era demasiado diverso para a aplicação de discursos genéricos.

De facto, a transição para um novo olhar sobre as pessoas com deficiência questiona progressivamente a própria noção de deficiência, que ao longo de várias

épocas tem sido perspectivada de diversas formas. Para além disso, é importante relembrar a legislação para os indivíduos portadores de deficiência, que ao longo dos tempos tem sido alterada de forma a criar condições de igualdade para esta população, como é o caso da *Carta Internacional da Educação Física e do Desporto* da Unesco, de 1978 (v. figura 1).

Figura 1. Carta Internacional da Educação Física e do Desporto da UNESCO, Artigo 1.º

Artigo 1.º A prática da educação física e do desporto é um direito fundamental de todos

1.1 Todas as pessoas humanas têm o direito à educação física e ao desporto, indispensáveis ao desenvolvimento da sua personalidade. O direito ao desenvolvimento das aptidões físicas, intelectuais e morais, através da educação física e do desporto, deve ser garantido, tanto no quadro do sistema educativo, como nos outros aspectos da vida social.

1.2 Todas devem ter a possibilidade de praticar educação física, de melhorar a sua condição física e de atingir o grau de aptidão desportiva correspondente às suas capacidades, em conformidade com a tradição desportiva do respectivo país.

1.3 Devem ser dadas condições especiais aos jovens, inclusive às crianças em idade pré-escolar, aos idosos e às pessoas com deficiência, a fim de permitir o desenvolvimento integral da sua personalidade, através de programas de educação física e de desporto adaptados às suas necessidades.

1.1.1. A Sociedade e a Deficiência

A sociedade foi, em diferentes épocas, tomando diversas atitudes face à problemática da deficiência. A maneira como uma sociedade reage perante uma minoria, neste caso a deficiência, foi evoluindo e sofrendo alterações. Segundo Lowenfeld (1973; *Ap.* Pereira, 1984), a deficiência tem sido perspectivada de quatro formas distintas: *Separação*, *Protecção*, *Emancipação* e *Integração*, que correspondem a diferentes períodos na história da inserção social do deficiente.

A *Separação* era geralmente praticada por duas vias: Aniquilação e Veneração. Nas sociedades primitivas, todos os indivíduos sem condições de subsistência autónoma eram suprimidos, ou seja, eliminados (Aniquilação). Por outro lado pensava-se, que o cego, por exemplo, era possuído por um espírito maligno e quem lhe fizesse mal estaria exposto à vingança dos Deuses. Existiam sociedades em que o cego era divinizado, como é o caso da China, onde eles eram exorcistas, adivinhos e diziam a sina

(Veneração). Contudo, existiam cidades gregas em Roma e na Índia onde a condenação à morte era aceite legal e teoricamente pelos indivíduos.

Com a evolução social o infanticídio foi saindo aos poucos da legislação, embora isto não acontecesse na maioria das sociedades, pois não eram reconhecidos direitos às pessoas com deficiência, como herdar ou exercer um cargo. A concepção de *Protecção* surge segundo Lowenfeld (1973; Ap. Pereira, 1984), com o desenvolvimento das religiões monoteístas, onde a cegueira era vista como uma forma de alcançar o céu. Nesta fase, foram criados asilos e hospitais e, mais tarde, na Idade Média, vários hospícios para deficientes, sendo o primeiro fundado em França no ano de 1260. Seguiram-se outras iniciativas na Suíça, Alemanha, Itália e Espanha. Nesta altura ainda se acreditava que os deficientes tinham poderes especiais, e que quem os tratasse bem obtinha as graças desejadas de Deus.

Mais tarde, a industrialização da sociedade e o aparecimento de pessoas com deficiência ilustres, tornaram possível a organização de uma ‘Educação Especial’ e a conquista de legislação para as pessoas com deficiência, como cidadãos em pleno direito (*Emancipação*). No século XVIII, na civilização ocidental, alguns indivíduos tornaram-se conhecidos como o matemático Nicholas Sanderson (1682 – 1739), professor da Universidade de Cambridge; o engenheiro civil John Metcalf (1717 – 1810); e a cantora e pianista famosa Maria Teresa Von Paradis (1759 – 1824). Estas pessoas e Rousseau, com a sua filosofia social e educativa, criaram um novo impacto na Educação de Deficientes, influenciando os pioneiros de Educação Especial.

Embora já existissem escolas para cegos e surdos, é o trabalho de Itard, o selvagem de Avignon, que é apontado como o início da Educação Especial.

Contudo com a evolução do conhecimento e com o aparecimento de trabalhos de Binet, segundo o qual a noção de que a inteligência é um dom inato, conclui-se que a inteligência não pode ser melhorada. Começou a defender-se que a criança deficiente é um produto das classes sociais mais desfavorecidas, constituindo um perigo para a sociedade, nascendo assim um movimento segregativo dos denominados de deficientes.

A 1.^a Grande Guerra, a depressão económica conjuntamente com as opiniões crescentes de que a segregação nos planos educativo e social era anti-natural e indesejável (a qualidade do trabalho desenvolvida na maioria das escolas de ensino especial tinha-se deteriorado), e a 2.^a Grande Guerra, que originou milhões de homens com deficiência, contribuíram para uma mudança radical na filosofia da Educação Especial e Reabilitação. Muitos dos homens que contraíram deficiências eram antes

homens válidos e com prestígio e, nalguns casos, tornaram-se heróis de guerra, daí ser difícil aceitar a sua inutilidade social. Assim, começou a viver-se na fase de *Integração*, tal como refere Lowenfeld (1973; *Ap.* Pereira, 1984).

Como argumenta este autor, todos estes factos levaram a sociedade a ver de forma diferente o trabalho das pessoas com deficiência, sendo a lei *Disabled Persons Employment Act*, de 1944, um exemplo disso. Mais tarde, em 1948, surge a Declaração dos Direitos do Homem e com ela a normalização da vida social de modo a criarem-se condições de vida a todos os indivíduos com deficiência semelhantes às de todos os outros indivíduos de uma sociedade.

Foi nesta fase que a evolução do estatuto do deficiente na sociedade surge em simultâneo com a evolução do desporto para pessoas com deficiência, deixando de estar apenas associado à reabilitação. Assim, nesta fase assistiu-se ao direito do deficiente à educação, ao desporto e ao trabalho.

Por último, podemos acrescentar o período da *Inclusão*. Esta representa uma revisão do conceito de *Integração*, feito especialmente a nível escolar. A proclamação da “Declaração de Salamanca” (1994) veio mudar a educação integrativa para a educação inclusiva. Existe assim, e até aos dias de hoje, uma fase de inclusão dos alunos portadores de uma deficiência. As escolas regulares seguindo esta orientação inclusiva constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo uma educação para todos.

Moore (1998) define inclusão, quando todos os alunos da área de proveniência de uma escola são membros da comunidade dessa escola e cada aluno participa equitativamente nas oportunidades e responsabilidades do ambiente da educação regular. Deste modo, os alunos portadores de uma deficiência devem ser educados ao lado dos seus pares sem deficiência, em classes regulares durante todo o tempo.

Sebba e Ainscow (1996; *Ap.* Angelides *et al.*, 2003) definem educação inclusiva como um processo em que as escolas tentam responder a todos os alunos, individualmente, revendo a organização e pré-requisitos do seu currículo.

A educação inclusiva opõe-se à prática da separação das crianças e jovens com ‘Necessidades Educativas Especiais’, sendo que é baseada na noção de igualdade, em que todas as crianças e jovens têm direito à educação. Assim, aceita todas as crianças e jovens como são, fornecendo-lhes os recursos e apoios adequados segundo as suas

necessidades. O objectivo principal da educação inclusiva é a educação para todas as crianças e jovens, independentemente das suas diferenças, dificuldades ou problemas.

Nos dias de hoje devíamos assistir ao último período, ou seja, à *Inclusão*. Contudo, este período ainda não se verifica na totalidade do nosso país, e em muitos dos casos, ainda persiste o período da *Integração*.

A sociedade contemporânea surge, então, essencialmente marcada por duas abordagens distintas a esta problemática, que se concretizam no modelo médico e no modelo social da deficiência (Oliver, 1996). Estes modelos retratam perspectivas diferentes sobre a relação entre a incapacidade e a sociedade. O modelo médico assenta nas características do indivíduo, defendendo a concepção tradicional da deficiência, como o resultado de uma incapacidade física e mental, e em que as pessoas incapacitadas eram vistas habitualmente como tendo “corpos estragados” ou mentes “falhadas”. Já o modelo social surge nos anos 70 em 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 segregação social para instituições residenciais, exclusão do mercado de trabalho, de oportunidades de ganhar a vida, relegando-os para a pobreza. (Barton, 1996). Concluindo, esta perspectiva preza-se pelo termo de deficiência, que só existe porque a sociedade criou barreiras às pessoas portadoras de deficiência.

1.1.2. Quadro Conceptual da Deficiência

As definições que envolvem o conceito de deficiência/deficiente são um reflexo do conhecimento adquirido sobre a problemática, que a partir do século XX teve uma grande evolução, continuando a surgir novos entendimentos sobre o quadro conceptual da deficiência. Segundo Silva (1993), a variedade terminológica no que diz respeito àqueles que se desviam da média (deficientes, excepcionais, inadaptados, diferentes, com necessidades educativas especiais ou específicas, em desvantagem ou ainda portadores de um *handicap*) é, em si mesma, um reflexo das mudanças sociais e, simultaneamente, a prova da necessidade de existência de um consenso geral no que toca a esta problemática.

De facto, podemos encontrar, quer na literatura nacional quer internacional, várias definições de índole mais generalistas ou, pelo contrário, definições que

reflectem um vasto conhecimento científico sobre a deficiência. Contudo, não existe uma única definição de deficiência, existindo diversos factores, como a sociedade e a cultura que têm um impacto significativo sobre esta definição.

Para além da dificuldade em definir a deficiência, existe outro problema que se coloca quando se tenta descrever este conceito, pois pode originar uma linguagem discriminatória. Por outro lado, torna-se, ainda, difícil dizer em que condições é que se pode considerar que uma pessoa é portadora de alguma deficiência. Em 1986, segundo Potter:

O termo deficiente é atribuído a qualquer redução das aptidões físicas ou mentais, devida a um funcionamento perturbado ou defeituoso do raciocínio ou de órgão de elaboração mental ou de actividade.

(Potter, 1986: 3)

Cada país tende a definir a deficiência com base no entendimento que tem para esta problemática, podendo, por isso, variar de um país para outro. Contudo, para obter uma compreensão abrangente e produzir dados confiáveis e comparáveis, não pode variar de um país para outro. Deste modo, as agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), trabalham continuamente sobre uma definição geral de deficiência.

De acordo com a *Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*, a deficiência representa no domínio da saúde, qualquer perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica (OMS, 1989). A deficiência caracteriza-se, assim, por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e que incluem a existência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro ou outra estrutura do corpo, incluindo a função mental. Este estado representa a exteriorização de uma patologia que inclui situações inatas ou adquiridas e, em princípio, reflecte perturbações a nível de um órgão.

Por incapacidade entende-se qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade de realizar uma actividade dentro dos moldes considerados normais para o ser humano. As incapacidades podem surgir não apenas como consequência directa da deficiência, mas também como resposta do indivíduo, sobretudo psicológica, a deficiências físicas, sensitivas ou outras. A desvantagem (ou *handicap*) traduz os prejuízos que o indivíduo experimenta devido à sua deficiência ou

incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores socioculturais (por exemplo, limitação da possibilidade de participar em pleno na vida de uma comunidade). Subjacente a esta noção, está a ideia de adaptação social e de desvantagem.

Em Portugal, no dia 2 de Maio de 1989, a Assembleia da República decretou a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, com o objectivo de garantir os direitos presentes na Constituição da República Portuguesa, onde se define ‘pessoa com deficiência’ (v. figura 2):

Figura 2. Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Artigo 1.º: Promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência.

Artigo 2.º: Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores socioculturais dominantes.

Lei n.º 9/89, de 2 de Maio

Perante este quadro, deparamo-nos com uma heterogeneidade de situações de natureza física, psíquica, sensorial, comportamental, entre outros, que caracterizam os indivíduos com deficiência. Essa mesma heterogeneidade, qualquer que seja a sua causa, origina necessidades nesses indivíduos, que reflectem as consequências das deficiências em termos de desempenho e de actividade funcional (Pólvora, 1989). Segundo este autor, estas deficiências e incapacidades influenciam a adaptação do indivíduo e a sua interacção com o meio, que traduz efectivamente a desvantagem (*handicap*) que sobressai do âmbito individual para se situar claramente no campo social. Para Marques:

Os deficientes, entendidos como grupo social e independentemente das diferenças individuais de quem o constitui, representam e são identificados como contendo diferentes elementos de afastamento (agressão) dos grupos dominantes de quaisquer sistemas sociais. Por um lado, eles são portadores de desvios negativos aos padrões de referência e noutra dimensão estão sujeitos a constrangimentos, pressupostos e preconceitos de etnocentrismo em várias categorias.

(Marques, 1997: 164)

Segundo a Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência¹, a definição de deficiência foi alterada e já tem em conta a definição de deficiência segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (v. figura 3).

Figura 3. Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência, Artigo 2.º (noção)

Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas.

Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto

Desde 1980, a *Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens* (ICIDH) tem sido o mais importante sistema de classificação no processo de compreender e definir a deficiência. Esta classificação foi revista no final dos anos 90, dando origem à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2002. O objectivo geral desta classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde.

A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde, tais como educação e trabalho. Os domínios contidos na

¹A Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89 de 2 de Maio) foi revogada pela Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto).

CIF podem, portanto, ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Actividades e Participação. Estes termos, que substituem os utilizados previamente - “deficiência”, “incapacidade” e “desvantagem” -, alargam o âmbito da classificação de modo a permitir a descrição de experiências positivas.

Segundo a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF, 2004), deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda. De acordo com esta classificação, e no contexto da saúde, funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas), e estruturas do corpo são as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes. Nesta classificação, as pessoas não são unidades de classificação, isto é, a CIF não classifica pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relaciona-os com a saúde. A CIF tem duas partes, cada uma com dois componentes (v. quadro I):

Quadro I: Visão geral da CIF

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade (*)		Parte 2: Factores Contextuais (**)	
	Funções do Corpo e Estruturas do Corpo	Actividades e Participação	Factores Ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (Tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e incapacidade
Constructos	Mudanças nas funções (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos numa pessoa
Aspectos Positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicáveis
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicáveis
	Incapacidade			

(*) Parte 1. Funcionalidade e Incapacidade: (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo; (b) Actividades e Participação

(**) Parte 2. Factores Contextuais: (c) Factores Ambientais; (d) Factores Pessoais

1.1.3. O Desporto Adaptado e a Actividade Física Adaptada

Desde o século XIX que o desporto se tornou num fenómeno social de grande magnitude e complexidade. Este é uma parte da sociedade e, historicamente, tende a reflectir os seus valores, normas e padrões.

O indivíduo com deficiências, apesar de ser considerado “diferente” e com limitações, possui legislação própria que o protege e lhe assegura os direitos nos vários domínios sociais. O acesso à prática desportiva tornou-se um direito de todos os cidadãos, independentemente da sua condição, permitindo que os indivíduos com deficiência beneficiassem dessa mesma prática.

Em 1975, a *Carta Europeia do Desporto para Todos* considerou a actividade física um meio privilegiado de educação, valorização do lazer e integração social. Potter (1981; Ap. Silva 2000) definiu a actividade física adaptada² como uma gama completa de actividades adaptadas às necessidades de cada um, particularmente ao desenvolvimento motor, à Educação Física e a todas as disciplinas desportivas. Segundo Rosadas:

A actividade física, compreendida e realizada sob a forma de movimentos contínuos, beneficiando o sistema orgânico, e de movimentos não contínuos ou intermitentes, visando melhorias específicas e localizadas, seja na intensidade que for realizada – pouco, moderada ou de grande exigência -, se respeitadas os critérios de individualidade que são próprios de cada um de nós, contribuirá efectivamente na reabilitação de qualquer tipo de deficiência de que conhecemos.

(Rosadas, 1989: 21)

Por outro lado, segundo a Federação Internacional de Actividade Física Adaptada:

APA [adapted physical activity] is defined as a cross-disciplinary body of knowledge directed toward the identification and solution of individual differences in physical activity. It is a service delivery profession and an academic field of study that supports an attitude of acceptance of individual differences, advocates access to active lifestyles and sport, and promotes innovation and cooperative service delivery programs and

² O termo actividade física adaptada foi introduzido em 1973, quando profissionais belgas e canadianos fundaram a Federação Internacional de Actividade Física Adaptada (IFAPA – International Federation of Adapted Physical Activity).

empowerment systems. Adapted physical activity includes, but is not limited to, physical education, sport, recreation, dance and creative arts, nutrition, medicine, and rehabilitation.

(IFAPA, 2004)

Segundo De Pauw & Doll Tepper (2000), a actividade física adaptada foi considerada como uma teoria e uma prática transdisciplinar que se propõe a identificar e solucionar problemas motores ao longo da vida, desenvolver e implementar o acesso ao desporto e a um estilo de vida activo, desenvolver a cooperação entre os serviços família-escola-comunidade e fortalecer o sistema de *empowerment*.

Após uma breve conceptualização do termo actividade física adaptada haverá que precisar a noção de prática desportiva adaptada. Segundo Potter (1986) um indivíduo é deficiente para uma prática desportiva quando:

Apresenta uma incapacidade ou deformação de carácter definitivo ou de grande duração, a qual afecta as suas capacidades físicas, mentais ou fisiológicas, convertendo-o num indivíduo inapto para se dedicar a actividades desportivas em condições normais.

(Potter, 1986: 4)

Relativamente ao desporto adaptado, este não pode ser visto como um acontecimento social isolado do desporto em geral, pois ambos são compostos por atletas, treinadores e espectadores que fazem parte da mesma sociedade, influenciando-se mutuamente e sendo influenciados pela sociedade na qual estão inseridos, ou seja, pelo modo de pensar, de agir e de sentir, quer nos aspectos relacionados com o desporto quer noutros.

O desporto adaptado, apesar de englobar um conjunto de práticas semelhantes à do desporto em geral, acontece num contexto social, cultural e terapêutico distinto do desporto em geral, tendo desta forma uma identidade própria. De acordo com Silva (1991), Varela (1991) e Castro (1998), o desporto para deficientes encontra-se actualmente organizado por grupos de deficiência com características etiológicas semelhantes e não por modalidades desportivas, como acontece no desporto em geral. Por conseguinte, a cada um dos grupos de deficiência corresponde uma Federação Internacional que é responsável pelo desenvolvimento da actividade desportiva nessa área de deficiência, bem como, pela regulamentação e organização das competições

internacionais e nacionais, em colaboração com os países membros ou com as organizações que os representam.

Segundo Winnick (1990) o desporto adaptado é um conjunto de experiências desportivas modificadas ou especialmente concebidas para indivíduos com necessidades únicas. Para Silva (1992), o desporto para deficientes aplica-se a pessoas que, devido à sua deficiência, são incapazes de participar em actividades desportivas sem algumas modificações. E, por fim, para DePauw & Gavron (1995; *Ap. Hums, Moorman & Wolf, 2003*) o desporto adaptado refere-se ao desporto designado para ou especialmente praticado por atletas com deficiência.

Podemos assim concluir que, o desporto contribui positivamente para alterar o modo como a sociedade vê as pessoas com deficiências ou todos aqueles que apresentam uma limitação, ajudando-os a ultrapassar as suas limitações e a realçar as suas capacidades, factores decisivos para a sua inclusão na sociedade.

1.1.4. Enquadramento Legal Desportiva para Pessoas com Deficiência

Novas leis e mudanças de atitudes por parte das pessoas, que não apresentam qualquer tipo de deficiência, criaram oportunidades, antes inexistentes, para que as pessoas com deficiência participassem em desportos de lazer e competitivos.

O desporto adaptado é um direito adquirido por todos os indivíduos com deficiência. A defesa deste direito alcançou maior visibilidade a partir do final da década de 70, quando surgiram alguns documentos internacionais, lançando as directrizes e orientações a serem adoptadas para ampliar as oportunidades de inclusão social das pessoas com deficiência. Realce especial para o ano de 1981 que foi declarado o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, onde se destacam orientações e directrizes a serem seguidas pelos países signatários.

A legislação permite derrubar barreiras anti-discriminatórias, outrora existentes, e é fundamental para eliminar os entraves existentes que as pessoas com deficiência possam encontrar na sua vida quotidiana, nomeadamente no desporto, que as impeçam de alcançar o seu pleno potencial em termos de participação social.

As pessoas portadoras de deficiência gozam dos mesmos direitos fundamentais que os restantes cidadãos, segundo a Declaração Universal dos Direitos do Homem, Artigo 1.º: “Todos os seres humanos são livres e iguais em dignidades e direitos”.

Os direitos humanos são universais, assim, excluir intencionalmente a deficiência seria uma violação desses direitos, que hoje se encontram expressos em vários documentos legais, aprovados pelo Estado. Esta universalidade contempla a não discriminação, que ao longo de várias décadas tem aumentado de uma forma crescente, onde está incluída a deficiência. Para além da universalidade, os direitos humanos também são indivisíveis: a exclusão e a discriminação não podem acontecer, em nenhum caso, para a pessoa com deficiência. Este deve estar incluído na sociedade. Deste modo, deve ter direito de acesso aos serviços e infra-estruturas; o direito a viver numa comunidade com a sua família; o direito à inclusão social e à participação completa na sociedade; o direito a participar na vida política e a votar; o direito à não discriminação.

Assim, a todos devem ser dadas as mesmas oportunidades, independentemente do seu género, idade, grupo social, ou deficiência. Deve ser assegurado a que todos os indivíduos com deficiência possam desfrutar integralmente dos direitos humanos: civis, políticos, sociais, económicos e culturais reconhecidos nas Convenções Internacionais, no Tratado da União Europeia e nas Constituições Nacionais.

A União Europeia, da mesma forma que outros países do mundo, percorreu uma longa caminhada, durante as últimas décadas, no que concerne à visão da pessoa portadora de deficiência, passando esta a ter um maior controlo sobre a sua própria vida. As medidas, que em tempos visavam a reabilitação do indivíduo de forma a adaptá-lo à sociedade, tendem a evoluir para que seja a sociedade a incluí-lo e a adaptar-se às suas necessidades. As pessoas com deficiência exigem igualdade de oportunidades e acesso a todos os recursos de uma sociedade, entre eles, o desporto. Segundo a Carta Europeia do Desporto³:

1. O acesso às instalações ou às actividades desportivas será assegurado sem qualquer discriminação fundada no sexo, raça, cor, língua, religião, opiniões políticas ou outras, origem nacional ou social, pertença a uma minoria nacional, condição material, nascimento ou qualquer outra situação.
2. Tomar-se-ão medidas tendo em vista dar a todos os cidadãos a possibilidade de praticarem desporto e, se for caso disso, medidas suplementares para permitir aos jovens que apresentam potencialidades, assim como às pessoas ou grupos desfavorecidos ou deficientes, aproveitarem realmente estas possibilidades

³Os Ministros Europeus responsáveis pelo desporto, reuniram-se em Rhodes para uma conferência, nos dias 14 e 15 de Maio de 1992, sendo criada nesta conferência uma nova Carta Europeia do Desporto.

(Carta Europeia do Desporto, 1992, Artigo 4.º - Instalações a actividades)

A Declaração de Nice⁴ declara no que respeita a “Práticas amadoras e desporto para todos” que:

3.º O desporto é uma actividade humana que assenta em valores sociais, educativos e culturais essenciais. Constitui um factor de inserção, de participação na vida social, de tolerância, de aceitação das diferenças e de respeito pelas regras.

4.º A actividade desportiva deve ser acessível a todas as pessoas, no respeito das aspirações e capacidades de cada um e na diversidade das práticas competitivas ou de lazer, organizadas ou individuais.

5.º A prática das actividades físicas e desportivas representa, para as pessoas com deficiências físicas ou mentais, um meio privilegiado de realização individual, de reeducação, de integração social e de solidariedade, devendo, por isso, ser incentivada. A este respeito, o Conselho Europeu congratula-se com o contributo precioso e exemplar dos Jogos Paralímpicos de Sidney.

(Declaração de Nice, datada de 7,8 e 9 de Dezembro de 2000)

Segundo o Livro Branco sobre o Desporto⁵, no ponto 2.5 deve-se “utilizar o potencial do desporto para favorecer a inclusão social, a integração e a igualdade de oportunidades”. Neste Livro, os direitos dos indivíduos com deficiência também estão presentes, como podemos verificar na figura 4.

Figura 4. Excertos do livro Branco sobre o Desporto – Ponto 2.5

O desporto contribui de forma importante para a coesão económica e social e para uma maior integração na sociedade. Todos os residentes devem ter acesso ao desporto. Por conseguinte, há que ter em conta as necessidades e a situação específicas dos grupos sub-representados e o papel especial que o desporto pode representar para os jovens, as pessoas com deficiência e os mais desfavorecidos. O desporto pode igualmente facilitar a integração na sociedade dos migrantes e das pessoas de origem estrangeira e promover o diálogo intercultural.

⁴Declaração sobre as características específicas do desporto e da sua função social na Europa, as quais devem ser consideradas na implementação de políticas comuns.

⁵O Livro Branco sobre o Desporto de 2007 (COM (2007) 391), é uma proposta da Comissão das Comunidades Europeias para uma política desportiva europeia comum. Tem por objectivo definir uma orientação estratégica para o papel do desporto na UE. Reconhece a importante função social e económica do desporto, respeitando simultaneamente os requisitos da legislação comunitária.

...

Além do mais, a Comissão exorta os Estados-Membros e as organizações desportivas a adaptarem as infra-estruturas desportivas às necessidades das pessoas com deficiência. Os Estados-Membros e as autoridades locais devem assegurar-se de que as instalações e os equipamentos desportivos são acessíveis a estas pessoas. Há que adoptar critérios específicos para garantir a igualdade de acesso ao desporto a todos os jovens em idade escolar, especificamente às crianças com deficiência. Será promovida a formação dos monitores, dos voluntários e do pessoal dos clubes e das organizações, para que melhor possam acolher estas pessoas. Nas consultas às partes interessadas no desporto, a Comissão empenha-se particularmente em manter o diálogo com os representantes dos desportistas com deficiência.

Livro Branco sobre o Desporto, CCE, COM (2007) 391

No caso de Portugal, também existe legislação que apoia os indivíduos com deficiência, em vários sectores onde também se inclui o desporto, como é o caso da Constituição da República Portuguesa (v. figura 5).

Figura 5. Excertos da Constituição da República Portuguesa, Artigo 71.º (Cidadãos portadores de deficiência)

1. Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.
2. O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores.
3. O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência.

Também na nossa Constituição está salvaguardado o direito à prática desportiva, pois segundo o artigo 79.º “todos têm direito à cultura física e ao desporto” (Constituição da República Portuguesa).

É imperativo que a sociedade se torne receptiva e que reconheça as capacidades das pessoas com deficiência, dando-lhes a maior autonomia possível, contribuindo, desta forma, para uma maior realização pessoal e social das pessoas portadoras de uma deficiência. É importante que a política para a deficiência se centre nas capacidades da

pessoa, reconhecendo-as e estimulando-as. Proporcionando, assim, igualdade de oportunidades bem como a valorização da pessoa portadora de uma deficiência. Encorajando a sua plena participação na sociedade.

As consequências objectivas da deficiência podem comportar limitações, contudo, estas não são impeditivas de um quotidiano normal bem como não devem ser geradoras de desigualdades nem fundamento de injustiças.

A Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência promove a inclusão das pessoas portadoras de deficiência em todas as esferas da vida social, económica e política (v. figura 6).

Figura 6. Excertos da Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência, Artigo 3.º (Objectivos)

a) Promoção da igualdade de oportunidades, no sentido de que a pessoa com deficiência disponha de condições que permitam a plena participação na sociedade

d) A promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência.

Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto

Esta Lei vem determinar, mais uma vez, “o direito à prática do desporto e de tempos livres”. “Compete ao Estado adoptar medidas específicas necessárias para assegurar o acesso da pessoa com deficiência à prática do desporto e à fruição dos tempos livres, mediante, nomeadamente, a criação de estruturas adequadas e formas de apoio social” (artigo 38.º). Para além disso, previne e promove a habilitação e a reabilitação e fomenta a participação plena dos indivíduos com deficiência, prosseguindo uma política social global integrada, que privilegie a educação, reconheça as suas capacidades e proporcione a sua inserção em todas as competências da sociedade e, assim, permita a estes indivíduos o pleno exercício da sua cidadania. Para que isto seja possível, é necessário que a sociedade reconheça que as pessoas com deficiência existem, devendo-se identificar e eliminar os obstáculos à sua participação plena.

Como já foi referido, a discriminação é um dos maiores problemas que surge com os cidadãos portadores de uma deficiência, contudo, existe legislação que proíbe e

pune a discriminação da deficiência, como o Decreto-lei n.º 34/2007 de 15 de Fevereiro (v. figura 7).

Figura 7. Decreto-lei n.º 34/2007 de 15 de Fevereiro, Artigo 1.º (Objecto)

O presente decreto-lei regulamenta a Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto, que tem por objecto prevenir e proibir as discriminações em razão da deficiência e de risco agravado de saúde.

Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto

A legislação anti-discriminatória provocou uma mudança de atitudes perante os indivíduos com deficiência. Contudo, para que os indivíduos com uma deficiência não sejam mais alvo de atitudes discriminatórias por parte da sociedade é necessário, a par da aplicação da lei, um forte compromisso de toda a sociedade, incluindo a participação activa de todas as pessoas portadoras de deficiência para garantir os seus próprios direitos. Na Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto⁶ estão contemplados os princípios da universalidade e da igualdade (v. figura 8).

Figura 8. Excertos da de Bases da Actividade Física e do Desporto, Artigo n.º 2 (Princípios da universalidade e da igualdade)

1. Todos têm direito à actividade física e desportiva, independentemente da sua ascendência, sexo, raça, etnia, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.
2. A actividade física e o desporto devem contribuir para a promoção de uma situação equilibrada e não discriminatória entre homens e mulheres

Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro

Como podemos verificar, mais uma vez, a legislação prevê todos os casos da não diferenciação entre as várias pessoas, incluindo a deficiência. Nesta lei podemos constatar que as pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos, e que a sua deficiência não é impeditiva de uma prática desportiva (v. figura 9).

⁶ A Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto (Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro) revogou a Lei de Bases do Desporto (Lei n.º 30/2004).

Figura 9. Excertos da de Bases da Actividade Física e do Desporto, Artigo 29.º (Pessoas com deficiência)

A actividade física e a prática desportiva por parte das pessoas com deficiência é promovida e fomentada pelo Estado, Regiões Autónomas e autarquias locais com as ajudas técnicas adequadas, adaptada às respectivas especificidades, tendo em vista a plena integração e participação sociais, em igualdade de oportunidades com os demais cidadãos.

Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro

Por último, no Diário da Republica n.º 146 de 30 de Julho de 2009, onde se aprova a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007, podemos encontrar, mais uma vez, salvaguardados os direitos das pessoas com deficiência.

Se realmente desejarmos uma sociedade democrática, “a República Portuguesa é um Estado de direito democrático, baseado na soberania popular, no pluralismo de expressões e organização política democráticas, no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa” (Artigo 2.º, da Constituição da República Portuguesa), devemos criar uma sociedade onde sejam respeitados todos os direitos e deveres. Uma sociedade em que todos os cidadãos sejam respeitados independentemente do sexo, idade, opção sexual, etnia, ou deficiência.

Assim, caminhamos para uma sociedade inclusiva, ou seja aberta, que estimule a participação de cada um e aprecie as diferentes experiências humanas e reconheça o potencial de todo o cidadão, promovendo a sua autonomia. Espera-se que seja a sociedade e não a pessoa portadora de deficiência a mudar.

Apesar do desenvolvimento da legislação sobre a inclusão de indivíduos com deficiência, como já referido em legislação nacional e internacional, é um facto que demasiados indivíduos se encontram ainda excluídos e privados de oportunidades para participarem plenamente na sociedade. Só na Europa, os indivíduos com deficiência constituem 10% da população total. Estes indivíduos têm os mesmos direitos que todos os outros cidadãos, à prática desportiva e ao desporto. Estes últimos têm assumido uma crescente importância devido ao papel que desempenham no bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos com deficiência e necessidades especiais. O

desporto e a prática desportiva fomentam a noção de pertença, participação e são uma forma de incluir os indivíduos com deficiência na sociedade. Esta prática é um importante factor para a melhoria e qualidade das suas vidas.

Embora o princípio da normalização tenha surgido na Europa há mais de 30 anos, a realidade é que as crianças e adultos com uma deficiência não participam frequentemente em actividades físicas ou programas desportivos, quer a nível nacional quer a nível europeu. Este facto pode dever-se a várias razões, tais como, as numerosas barreiras (físicas, sociais e económicas), falta de informação sobre práticas desportivas para pessoas portadoras de deficiência, falta de cooperação entre as diferentes estruturas e falta de profissionais de actividade física adaptada.

É também necessária uma sensibilização sobre todas as pessoas portadoras de deficiência para aumentar o entendimento das necessidades e dos seus direitos para lutar contra todos os preconceitos e estigmatização que, infelizmente, ainda hoje prevalece. Assim, não devemos ver todos os cidadãos portadores de deficiência como um grupo homogéneo, onde predomina uma característica comum que os identifique. A sua diversidade exige respostas diferenciadas em função do tipo e do grau de incapacidade.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MOTORA

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

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

A deficiência divide-se em áreas distintas, como a visual, a auditiva, a mental. Contudo, para o nosso estudo interessa analisar a deficiência motora. Segundo Rodrigues:

A deficiência motora pode ser considerada como uma perda de capacidades, afectando directamente a postura e/ou movimentos, fruto de uma lesão de natureza congénita ou

adquirida, ao nível das estruturas efectivas e reguladoras do sistema nervoso e osteomuscular.

(Rodrigues, 1983:29)

A deficiência motora afecta o movimento do corpo humano, especialmente o sistema esquelético, incluindo a espinal medula, músculos, ossos e articulações. Debruçando-se o presente estudo sobre o BCR, por isso uma modalidade desportiva dirigida a uma população com deficiência motora, será de todo o interesse proceder-se à caracterização de alguns tipos de deficiências motoras, ainda que de forma sucinta. Assim, iremos fazer referência à lesão vertebro-medular; espinha bífida; poliomielite e a amputação.

1.2.1. Lesão Vertebro-medular

A lesão medular, segundo Winnick (2004), pode ser decorrente de uma lesão ou uma doença nas vértebras e/ou nos nervos da coluna vertebral, geralmente associado a um grau de paralisia, devido a dano na espinal medula. Esse grau de paralisia depende do nível da lesão na coluna vertebral e do número de fibras nervosas destruídas pela lesão.

É uma lesão provocada por traumatismo ao nível da coluna vertebral, que não permite que a informação cerebral passe na zona atingida e chegue ao músculo. Entre as causas das lesões vertebro-medulares destacam-se: traumatismos da coluna vertebral (acidentes de carro, mergulho de cabeça em águas rasas, trabalho, vida diária, lazer, golpe na medula...), tumores, hemorragias, processos infecciosos (sífilis, poliomielite anterior aguda, mielite aguda transversa, ...) e degenerativos (esclerose medular, etc.). Entre as suas causas citam-se, ainda, anomalias congénitas no desenvolvimento da coluna vertebral, como o caso da espinha bífida. Esta origina um comprometimento do controlo motor dos membros ou a perda total da sua mobilidade voluntária autónoma, acompanhadas por perda de sensibilidade e dificuldades no controlo do esfíncter rectal. Pode, também, gerar incontinência urinária ou reduzir a capacidade respiratória.

Paraplegia/ tetraplegia

As lesões medulares podem apresentar-se em dois tipos mais comuns: a paraplegia - as duas pernas aparecem afectadas - e a tetraplegia ou quadriplegia, em que os quatro membros são afectados. Este tipo de lesão normalmente acontece através de situações

traumáticas, como é o caso de acidentes de viação (48%), quedas (21%), situações de violência (incluindo guerra, 14%), lesões desportivas (14%) e outras (3%) (Sherrill, 1993).

As paraplegias e tetraplegias podem ser distinguidas entre completas e incompletas, dependendo do facto de existir ou não controle e sensibilidade periféricos abaixo do nível da lesão do indivíduo.

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

1.2.2. Espinha Bífida

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

A espinha bífida manifesta-se sob três formas: mielomeningocele, meningocele, espinha bífida oculta (Sherrill, 1993).

No mielomeningocele a bolsa contém, para além de tecido e líquido cefalorraquidiano, raízes nervosas e parte da espinal medula. A espinal medula está lesionada ou não totalmente desenvolvida.

No meningocele a bolsa contém tecidos que cobrem a espinal medula (meninges) e líquido cefalorraquidiano. Este líquido banha e protege o cérebro e a espinal medula. As raízes nervosas não estão geralmente muito lesadas e estão aptas a funcionar, por isso, normalmente, existem muito poucos sinais de deficiência. Esta é a forma menos comum.

A espinha bífida oculta é um tipo muito comum que raramente causa deficiência. Existe uma formação ligeiramente deficiente de uma das vértebras. Pode ter algumas manifestações externas, como por exemplo, uma cova nas costas ou proeminência de pêlos nas costas. Não há sintomatologia deste tipo de espinha bífida o que faz com que muitas pessoas afectadas desconheçam que têm esta malformação.

1.2.3. Poliomielite

A poliomielite, vulgarmente chamada de *polio*, é uma forma de paralisia causada por infecção viral que afecta as células motoras da medula espinhal. A severidade e grau da paralisia varia em cada indivíduo e depende do número e localização das células afectadas. A paralisia pode ser temporária, ocorrendo apenas durante a fase aguda da doença, nos casos em que as células motoras não sejam destruídas pelo vírus, ou permanente se as células motoras forem destruídas pelo vírus.

No combate ao aparecimento desta doença a melhor medida é a vacinação.

1.2.4. Amputação

Amputação é a remoção de uma extremidade do corpo, membro completo ou a um segmento específico do membro através de cirurgia ou acidente.

As amputações podem ser classificadas como congénitas ou adquiridas. Amputações adquiridas podem resultar de doença, tumor ou traumatismo, enquanto as amputações congénitas resultam de uma falha no feto que não conseguiu desenvolver-se propriamente nos primeiros três meses de gestação (Winnick, 1990).

1.3. SOCIALIZAÇÃO DA PRÁTICA DESPORTIVA ADAPTADA

1.3.1. O Processo de Socialização

O desporto ou uma prática desportiva proporciona um conjunto de situações e de experiências de socialização, que se revelam de importância fundamental para as crianças ou para os jovens como seres sociais em formação. A socialização surge como um importante conceito sociológico, o qual traduz:

“O processo através do qual adquirimos a cultura na sociedade na qual nascemos, o processo através do qual adquirimos as nossas características sociais e através do qual aprendemos as diferentes formas de pensar e de nos comportarmos, de modo considerado apropriado na nossa sociedade... Sempre que os indivíduos, através do processo de socialização, aceitam as regras e as expectativas da sociedade em que estão

inseridos, usando-as para determinar o modo como devem actuar, dizemos que estes indivíduos interiorizam as regras culturais dessa sociedade.

(Bilton *et al.*, 1987; *Ap.* Williams, 1994a: 2)

Através da socialização, os indivíduos adquirem a sua maneira de pensar e de agir. A socialização ajuda-nos a moldar e a definir os nossos pensamentos, sentimentos, acções e fornece-nos um modelo para o nosso comportamento. À medida que um indivíduo se vai socializando, vai aprendendo a adaptar-se e fazer parte como ser humano na sociedade.

A socialização ensina-nos os valores culturais e as normas para viver o nosso dia-a-dia. Assim, a socialização é um processo dinâmico em que os indivíduos estão envolvidos activamente e, ao mesmo tempo, são influenciados pelos diferentes factores que são particulares do meio ambiente no qual estão inseridos (Williams, 1994a). De acordo com Bento, a socialização pode ser definida como:

Um processo no qual um individuo adquire os valores, as normas e modelos de comportamento do seu envolvimento social (sociedade, cultura e grupo).

(Bento, 1990)

A cultura surge como outro conceito sociológico muito importante. Este conceito engloba os aspectos do comportamento social que cada um dos cidadãos de um país deverá aprender, incluindo a língua, as regras, os valores, as crenças dessa sociedade (Williams, 1993; *Ap.* Ferreira 2005). A cultura é uma forma de vida que um grande número de pessoas tem em comum. A nossa cultura reflecte-se na forma de vestir, de comer e na forma como passamos o tempo livre.

As experiências de socialização são particularmente importantes para as crianças ou jovens com deficiência pois estas são, tradicionalmente, mais privadas de oportunidades de socialização e de interacção social adequadas.

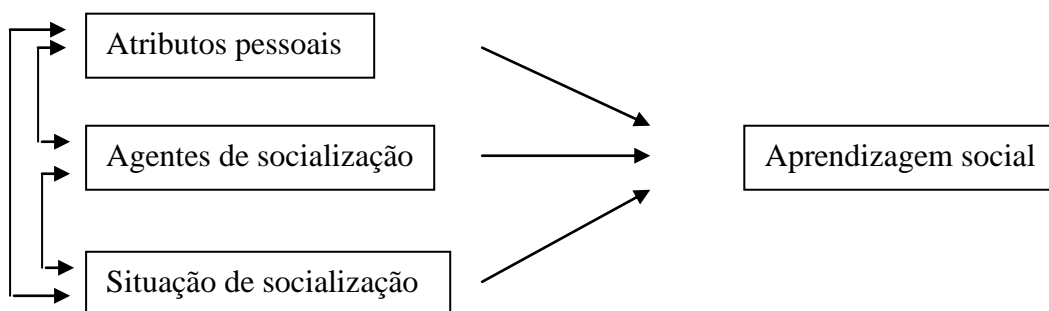
No que concerne ao desporto adaptado, a socialização é um processo complexo que varia de acordo com um número de factores presentes em diferentes contextos sociais. Este processo é influenciado por diferentes elementos de cultura tais como, valores, crenças, normas e padrões de comportamento e ideologias.

Os indivíduos com deficiência vivem a sua vida em contextos sociais diferenciados. Será legítimo esperar que o impacto e a importância dos diferentes

agentes de socialização seja diferente, de deficiência para deficiência ou de grupo para grupo, de acordo com o contexto social em que a actividade desportiva ocorre.

Assim, a aprendizagem social está dependente de três variáveis: atributos pessoais, agentes de socialização e situações de socialização (v. Figura 10). No desporto adaptado, o desenvolvimento social do indivíduo com deficiência ocorre através da relação social que eles estabelecem e mantêm uns com os outros. Assim, este desenvolvimento social foi equacionado segundo dois paradigmas distintos: o estruturalismo funcional e o interaccionismo simbólico. Estas duas abordagens são complementares e juntas proporcionam um quadro de socialização do desporto adaptado muito mais completo.

Figura 10. Variáveis que se relacionam com a aprendizagem social



Fonte: Adaptado de Greendorfer, 1992: 205

1.3.1.1. Estruturalismo funcional

O estruturalismo funcional foi a primeira perspectiva sociológica a ser utilizada. Segundo esta perspectiva, a socialização é um processo particularmente importante para a manutenção do sistema social. Para tal, é necessário que cada nova geração aprenda as regras culturais vigentes, sendo este facto igualmente válido para os diferentes grupos de indivíduos portadores de deficiência face à problemática da própria deficiência e às regras e valores instituídos no interior desses mesmos grupos. Segundo esta perspectiva cada geração deve conformar-se e aceitar a legitimidade das várias instituições (políticas, sociais, económicas e culturais) existentes dentro do próprio sistema e o modo como estas definem e modelam as identidades dos indivíduos e dos atletas portadores de deficiência. Segundo esta abordagem, a identidade de um atleta portador de deficiência resume-se ao facto de desempenhar um papel no desporto, o qual tem de

ser aprendido, utilizando o material cultural disponível no sistema social em que cada atleta está inserido (Williams, 1994a).

O estudo da socialização do desporto adaptado, segundo a perspectiva do estruturalismo funcional, tem por base a sociologia do desporto, em particular os trabalhos realizados por Kenyon & McPherson (1981; *Ap. Williams, 1994a*). Eles apresentaram uma abordagem da socialização baseada no papel social – sistema social e introduziram um modelo de aprendizagem social o qual era composto por três elementos fundamentais, como já foi referido anteriormente:

- a) Os outros significativos;
- b) As situações de socialização;
- c) As características pessoais.

A abordagem ‘papel social – sistema social’, foi adoptada na maioria dos estudos, em termos de socialização para o desporto adaptado.

Outros autores, tais como, Kennedy (1980; *Ap. Williams, 1994a*); Hopper (1982; *Ap. Williams, 1994a*); Dickinson & Perkins (1985; *Ap. Williams, 1994a*); Sherrill, Pope & Arnold, (1986; *Ap. Williams, 1994a*); Sherrill & Rainbolt (1986; *Ap. Williams, 1994a*), Whidden (1986; *Ap. Williams, 1994a*) e Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope (1986) utilizaram aspectos da aprendizagem social da socialização e transformaram-nos num quadro conceptual muito simples, o qual envolve:

i) Outros significativos (agentes de socialização)

A socialização do desporto em atletas com deficiências ocorre através da relação social que eles estabelecem e que mantêm com os outros. Determinar quem são estes “outros” e distinguir de entre eles, aqueles que são significativos e aqueles que não o são, têm sido a principal preocupação dos investigadores. Os “outros significativos” gerem um interesse inicial na participação associada à prática desportiva, ou ainda, os “outros significativos” que exercem a maior importância, em termos de aprendizagem dos diferentes papéis no desporto.

De acordo com a teoria de aprendizagem social, os agentes de socialização moldam as atitudes e comportamentos dos indivíduos. Os agentes de socialização transmitem normas, atitudes, e comportamentos aos indivíduos e a socialização ocorre durante a interacção dos indivíduos com os agentes. Os agentes de socialização podem ser pessoas, instituições ou organizações directamente envolvidas com os indivíduos.

Os agentes de socialização, individualmente ou combinados, desempenham um papel crucial no processo de socialização, na forma como transmitem estes significados aos indivíduos com deficiência na sua carreira desportiva adaptada no diferente contexto social e especialmente no contexto desportivo adaptado. Os indivíduos com deficiência são participantes activos neste processo e na produção da sua carreira desportiva. Na socialização desportiva intervêm fundamentalmente, a escola, a família e os amigos sendo igualmente intervenientes os clubes, associações recreativas e o envolvimento profissional;

ii) Situações de socialização

Em vários estudos, as situações de socialização não eram diferenciadas, mas podiam ser feitas algumas inferências face aos agentes de socialização. Por exemplo, verificar se as situações de socialização ocorrem em contexto escolar, em casa, no clube;

iii) Características individuais

Na maioria dos estudos, as características pessoais são variáveis demográficas que têm tendência para ser usadas apenas como simples descritores. Apenas um número relativamente pequeno de estudos refere as características pessoais como variáveis independentes. Quando são utilizadas como variáveis independentes, são relacionadas com a deficiência e incluem a ocorrência da deficiência (congénita ou adquirida), a severidade da deficiência (refere-se à colocação em instituições residenciais ou outro tipo de envolvimento segregados) e o género.

1.3.1.2. Interaccionismo simbólico

Como já referimos, o estruturalismo funcional e o interaccionismo simbólico são dois paradigmas que surgiram para explicar o desenvolvimento social do indivíduo com deficiência. Anteriormente analisámos o estruturalismo funcional, assim, passamos a uma breve análise do interaccionismo simbólico, que é uma visão alternativa ao estruturalismo funcional e dá grande ênfase aos aspectos biográficos e às aquisições intrínsecas do indivíduo. A biografia refere-se à história individual, e a tarefa sociológica é a de examinar o modo como o *Self* é construído, confirmado e transformado à medida que o indivíduo interage com os ‘outros’, que por sua vez também têm as suas próprias biografias (Williams, 1994a).

Segundo Williams (1994a) o interaccionismo simbólico oferece uma conceptualização da socialização através do desporto adaptado diferente do funcionalismo simbólico em que:

- i) Os indivíduos são criadores activos da sua noção de *Self*, como indivíduos com deficiência e como atletas portadores de deficiência. Eles são situados em contextos sociais do desporto que colocam limites à sua liberdade de acção, mas que, apesar disso, fornecem um campo de acção suficiente para as interpretações individuais;
- ii) A relatividade cultural é reconhecida na importância de interacção social e no estabelecimento das identidades do desporto adaptado;
- iii) O interaccionismo captura a natureza processual da socialização como um acontecimento contínuo e dinâmico de envolvimento social do desporto;
- iv) Introduce a noção de “carreira de deficiência”, um acontecimento que é comum e frequente na literatura sobre deficiência, a qual assume uma variabilidade nos diferentes factores de socialização e a sua duração;
- v) Os interaccionistas utilizam uma variedade de metodologias que capturam a noção do processo social, carreira e interacção, a qual inclui entrevistas, observação de participantes, análise de documentos e de discursos. A pesquisa é explicitamente guiada pela teoria de modo a que a informação possa ser situada na experiência directa das vidas desportivas dos indivíduos portadores de deficiência. A identidade de um atleta portador de deficiência é vista como um fenómeno complexo, o qual é constituído sobre a perspectiva desse indivíduo, sob a sua carreira, as influências que sofre e conteúdo da sua identidade, o qual flutuará bastante ao longo do tempo.

1.3.2. Agentes de Socialização

O nosso estudo foca-se essencialmente sobre os agentes de socialização no desporto adaptado, nomeadamente no Basquetebol em cadeira de rodas (BCR). Desta forma, haverá que precisar os principais agentes de socialização, tais como, os pais/família, pares, escola, treinador/ clube desportivo, e posteriormente a sua relação com o desporto adaptado tendo presente as conclusões de alguns dos estudos realizados sobre esta temática.

Pais/família

A família é o principal agente de socialização nos primeiros anos de vida (Dias, 1999; McPherson, Curtis & Loy, 1989), pois ela constitui o suporte financeiro e emocional da criança (McPherson, Curtis & Loy, 1989).

A família tem um papel determinante nos primeiros anos de vida. É com a família que as crianças adquirem a linguagem e os hábitos do seu grupo social. Estes primeiros anos de formação são muito importantes na vida dos indivíduos. Normalmente, são os pais a adaptar os filhos à sociedade. Assim, a infância e a adolescência são considerados os períodos ótimos para a aquisição de valores e normas sociais, logo onde a influência dos agentes de socialização para a prática desportiva é importante e decisiva, pois se as oportunidades não surgirem, muito dificilmente os indivíduos se envolverão na prática desportiva. Essas oportunidades, passam por exemplo, com a prática desportiva dos pais nos parques, em casa ou na praia, o acompanhamento dos pais presencialmente ou através dos média, através de jogos, brincadeiras de rua ou ler jornais desportivos junto com os filhos (McPherson, Curtis & Loy, 1989).

Desde a infância que as crianças passam muito tempo com os seus pais. Desta forma, parece lógico que os pais estimulem mais no processo de socialização desportiva. Para Dias (1999) a família e a escola são dois dos agentes de socialização mais importantes ao longo da vida do indivíduo.

Contudo, Anderssen & Wold (1992) afirmam que as influências dos pais e dos amigos estão igualmente relacionadas positivamente com a participação ou não numa actividade desportiva, e nenhuma das influências é significativamente mais forte, afirmando ainda, que todo o ambiente imediato é factor de influência, seja o grupo de amigos, a família ou a comunidade. Estes autores citam Greendorfer e Lewko (1978; *Ap. Andersson & Wold, 1992*), Patriksson (1981; *Ap. Andersson & Wold, 1992*) e Gottlieb e Chen (1985; *Ap. Andersson & Wold, 1992*) para reforçar a importância dos agentes de socialização pais e amigos no envolvimento desportivo.

Greendorfer & Lewko (1978; *Ap. Andersson & Wold, 1992*), referem que, no seu estudo, o pai e os pares são os agentes de socialização mais importantes no envolvimento desportivo de rapazes e raparigas. Constatam que as raparigas são na generalidade menos activas do que os rapazes na participação em actividades físicas e que esta diferença é evidente no processo de socialização no desporto. Referem ainda

que, os rapazes são expostos a um grande número de sistemas sociais que influenciam e encorajam a sua participação desportiva.

Pares

O desejo de ser aceito pelos amigos é muito grande. O impacto dos pares é fundamental na adolescência, pois as crianças passam cada vez menos tempo com os seus pais e mais tempo com os seus amigos.

O grupo de amigos torna-se assim um importante agente socializador antes da entrada da criança na escola, começando por criar e entrar num grupo de amigos primeiramente com os vizinhos e depois com os amigos na escola. É através destes novos grupos sociais que os jovens se deparam com uma nova variedade de experiências e aprendizagens, que não são vividas em casa. Estes grupos oferecem novas estruturas sociais, com as quais os jovens se identificam relegando a família para segundo plano.

Segundo vários autores (McPherson, Curtis & Loy, 1989), apesar do interesse inicial pela prática desportiva ser a maior parte das vezes estimulado em casa, os grupos de amigos têm o poder de reforçar ou inibir este desenvolvimento, uma vez que os jovens tendem a reduzir o seu desenvolvimento no desporto se o seu grupo de amigos não estiver orientado para a prática desportiva. Pelo contrário, se os amigos estiverem associados a algum desporto, também estes procuram envolver-se.

Segundo Figler & Whitaker (1995), os amigos são poderosos agentes de socialização, muitas das vezes mais poderosos do que outros agentes de socialização como os pais, os professores, os treinadores e os ídolos.

Os pares já há muito tempo que são reconhecidos pela sua importância na transmissão de hábitos no desporto em cadeira de rodas. Eles têm sido identificados como o principal agente de socialização primário por Kennedy (1980; *Ap. Williams, 1994a*), Hopper (1982; *Ap. Williams, 1994a*), Dickinson & Perkins (1985; *Ap. Williams, 1994a*), e Zoerink (1992). Os pares encorajam os indivíduos a participar no desporto em cadeira de rodas (Hoper, 1982; *Ap. Williams, 1994a*), e servem como fonte de informação desportiva importante para os corredores em cadeira de rodas num processo de socialização que ocorre na idade adulta (Hedrick, Morse & Figoni, 1988; *Ap. Williams, 1994a*).

Num estudo realizado por Williams & Taylor (1994), concluiu-se que, os corredores em cadeira de rodas são mais socializados pelos seus pares do que por outros agentes.

Escola

Nas sociedades desenvolvidas, a escolarização abrange toda a população infanto-juvenil e, desde 1994, com a Declaração de Salamanca, supostamente vivemos numa sociedade inclusiva:

O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola.

(Artigo 7.º da Declaração de Salamanca)

A escola vai permitir a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que são indispensáveis nos dias de hoje.

Por outro lado, e dado o tempo que, efectivamente, os jovens passam na escola, esta passa a ser um importante espaço de convívio e sociabilidade juvenis, onde colegas e grupos de amigos, têm um papel fundamental no tomar de atitudes, no defender de pontos de vista, no alargar perspectivas de análise, e no confirmar personalidades. Segundo Marivoet (1998):

A escola, como instituição social, constitui um espaço de transmissão de saberes e avaliação de competências face a um conjunto de conhecimentos diversificados, que assentam nos valores mais gerais que as sociedades em cada momento consideram dever ser veiculados às gerações mais novas.

(Marivoet, 1998: 67)

A entrada da criança para a escola representa um momento importante na sua vida, uma vez que constitui um meio privilegiado de contacto com pares e adultos, favorecendo, assim, as relações sociais. A criança que até então possuía, apenas, uma imagem de si resultante da visão dos pais, passa a ter uma visão mais alargada resultante das interacções com os professores e colegas.

Treinador/clube desportivo

Os clubes desportivos, os treinadores e os dirigentes são considerados parte integrante do processo de socialização. O treinador desempenha uma função central no desenvolvimento do jovem atleta, do ponto de vista físico, psicológico, emocional e social (Campbell, 1998), uma vez que comunica com os praticantes das mais diversas formas, nomeadamente: i) através do interesse que demonstra pelos problemas pessoais de cada um; ii) da justiça e da igualdade de tratamento que caracterizam as suas acções dentro e fora do treino; iii) do recurso oportuno ao humor e à zanga; iv) da confiança que lhes transmite mais pelos seus actos do que pelas palavras; v) do modo como corrige os erros e aplaude os sucessos ou os esforços que os praticantes fazem para os conseguirem alcançar, regulando deste modo a criação de um ambiente de treino, ao mesmo tempo alegre e sério, descontraído e concentrado (Adelino, Vieira & Coelho, 2000).

O treinador é uma “Figura Central” de um vasto e complexo sistema de relações e de influências que compõem a actividade desportiva (Pacheco, 2001). Ele é um poderoso agente de socialização, pois constitui no desporto infanto-juvenil o elemento nuclear do processo desportivo e é instrumento determinante da sua transformação.

Assim, os treinadores devem ser, tal como os pais, a comunidade e a sociedade, competentes e responsáveis oferecendo aos jovens a oportunidade destes realizarem uma prática desportiva desenvolvendo habilidades e qualidades. Apesar de os treinadores não serem os responsáveis directos pela participação desportiva dos jovens, no desporto, estes muitas vezes criam ligações fortes com os atletas, sendo os responsáveis pela sua continuidade desportiva.

1.3.3. Agentes de Socialização no Desporto Adaptado

A socialização através da actividade física adaptada preocupa-se, fundamentalmente, com o modo como os indivíduos portadores de deficiência adquirem a sua identidade desportiva. Essa identidade desportiva desenvolve-se à medida que o indivíduo portador de deficiência participa activamente no seio de um determinado grupo desportivo, ao mesmo tempo que vai desenvolvendo uma consciencialização social de carácter mais global.

A sociologia da actividade física adaptada interessa-se pelo modo como os comportamentos dos indivíduos, num grupo, são influenciados pelas relações sociais que eles estabelecem, pelas suas experiências sociais passadas e pelos contextos sociais nos quais a actividade física adaptada ocorre.

(Ferreira, 2005:112)

No desporto em cadeira de rodas estes dois termos, que se encontram relacionados – a socialização e a cultura –, continuam a ter um papel fundamental para a compreensão deste desporto. No contexto específico do desporto em cadeira de rodas, a socialização é o processo através do qual os indivíduos adquirem as características sociais que os distinguem como corredores em cadeira de rodas, jogadores de Basquetebol em cadeira de rodas, entre outros (Williams & Taylor, 1994). É o processo em que cada indivíduo se torna num atleta particular de um desporto em cadeira de rodas e que envolve a aquisição da cultura. A cultura refere-se às crenças (ambas descritivas e normativas), aos valores, ideologias, normas, artefactos e comportamentos sociais que são partilhados por um grupo social (Williams & Taylor, 1994).

Nas últimas décadas, a maioria dos estudos realizada no âmbito da sociologia do desporto e da actividade física adaptada apresentou uma de duas abordagens distintas: socialização através do desporto ou socialização para o desporto.

A socialização através do desporto, baseia-se no modo como o desporto e outras actividades têm sido utilizadas para recomendar normas, valores e regras sociais genéricas vigentes na sociedade. Esta abordagem utiliza a ideia de que o desporto constitui um veículo efectivo de aprendizagem social.

A socialização para o desporto tem por base a teoria da conceptualização da socialização como aprendizagem social, proposta por Bandura (1969; *Ap.* Ferreira

2005). Com ênfase no processo de imitação, Bandura considera que, grande parte do comportamento social é apreendida pela observação e internalização do comportamento de outros.

No final da década de 70, o modelo teórico nos estudos sobre a socialização em actividade física sofreu pequenas alterações, começando a dar-se ênfase ao estudo do ‘papel social – sistema social’ (Kenyon & McPherson, 1973). Segundo esta teoria o indivíduo com atributos pessoais⁷ é tido em permanente contacto social com variados agentes de socialização em variadas situações de socialização, que neste caso estão associadas à prática desportiva. Estas situações podem envolver o contacto com familiares, amigos, professores ou pares, em diferentes contextos sociais, tais como a casa, a escola ou a comunidade.

A acção destes agentes de socialização torna-se determinante, uma vez que os indivíduos com deficiência têm a tendência a aprender por imitação, copiando os comportamentos que vêem ou que lhes são dados como modelos, em diferentes contextos sejam eles educativos, desportivos ou sociais. Estes indivíduos aprendem os comportamentos, as regras, os valores e as crenças das pessoas que os rodeiam e optam por elas como sendo suas, durante um período de tempo até que a experiência confirme a legitimidade dessas atitudes e desses comportamentos (Williams, 1993; *Ap.* Ferreira, 2005).

Kennedy (1980; *Ap.* Williams, 1994a), Hopper (1982; *Ap.* Williams, 1994a), Dickinson & Perkins (1985; *Ap.* Williams, 1994a) e Zoerink (1992) examinaram a socialização no desporto em atletas com lesão medular, espinha bífida e amputações em cadeira de rodas. Apesar dos resultados serem pouco consistentes, demonstraram que os pares e os amigos são os agentes de socialização mais importantes no início da prática desportiva, em atletas em cadeira de rodas, logo seguida dos agentes da comunidade (acções ou actividades de socialização; centros recreativos e outros englobando envolvimento não escolares). Por outro lado, a escola e a família são consideradas como sendo os menos importantes.

Zoerink (1992) encontrou diferenças entre indivíduos com incapacidades congénitas e adquiridas, nas quais os portadores de incapacidades congénitas foram mais influenciados por terapeutas e membros da família comparativamente aos outros

⁷ Entende-se por atributos pessoais, todos os comportamentos inatos e/ou adquiridos ao longo do processo de socialização global, utilizados pelo indivíduo, para o desempenho de um papel social.

indivíduos portadores de incapacidades adquiridas. No entanto, este grupo é tão heterogêneo que é difícil fazer generalizações explicativas sobre estes estudos.

Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope (1986; *Ap. Williams, 1994a*), Whidden (1986; *Ap. Williams, 1994a*) e Sherrill & Rainbolt (1986; *Ap. Williams, 1994a*) estudaram atletas portadores de paralisia cerebral. Do mesmo modo, verificaram que os agentes em envolvimento escolar tinham muito pouca influência na inicialização à participação desportiva.

No entanto, outros factores apresentam uma grande variabilidade. Whidden (1986; *Ap. Williams, 1994a*) encontrou na família um agente muito importante, enquanto que Sherrill & Rainbolt (1986; *Ap. Williams, 1994a*) encontraram nos pares, nos amigos e nos cônjuges, os agentes mais importantes.

Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope (1986), encontraram diferenças entre indivíduos ambulantes e indivíduos utilizadores de cadeira de rodas. Para indivíduos ambulantes, os membros da família eram os agentes mais importantes, mas para aqueles que utilizam a cadeira de rodas, os pares e os amigos assumem este papel.

Uma variedade similar foi encontrada em estudos visando atletas invisuais, realizados por Sherrill, Pope & Arnhold (1986; *Ap. Williams, 1994a*), Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope (1986), Dickinson & Perkins (1985; *Ap. Williams, 1994a*). Em todos os três estudos realizados, as famílias constituíram os agentes menos importantes.

Por sua vez, os indivíduos surdos foram o quarto grupo estudado e novamente os dados são muito variáveis. Steward, McCarthy & Robinson (1988; *Ap. Williams, 1994a*) deu primazia às escolas de surdos e deu grande importância aos treinadores ouvintes, noutro estudo realizado mais tarde (Steward, McCarthy & Robinson, 1991; *Ap. Williams, 1994a*). No entanto, os amigos surdos e os professores foram considerados como sendo os que exerciam maior influência. Estes dois estudos não são os únicos na literatura a distinguir entre as influências dos agentes de socialização que não são deficientes (ouvintes) e aqueles agentes que são deficientes (surdos). Ainda assim, Steward, McCarthy & Robinson (1988; *Ap. Williams, 1994a*) referiu algo estranho, que os atletas surdos não eram deficientes.

A tendência geral aponta para o facto da socialização do desporto adaptado e a socialização do desporto normal diferirem mais marcadamente na contribuição da família e da escola para o processo em causa (Lewko & Greendorfer, 1982; *Ap. Williams, 1994a*). Ambas dão uma menor contribuição no caso da sociabilização do desporto adaptado. Isto é suportado por dois estudos que não analisaram nenhum grupo

de deficiência em particular, mas sim atletas de elite portadores de deficiência, praticantes de actividade desportiva em cadeira de rodas.

Hedrick, Morse & Figoni (1988; *Ap. Williams, 1994a*) examinaram as práticas de treino de corredores em cadeira de rodas e as fontes de onde obtiveram informação relevante. Os autores encontraram que os “outros atletas” e as revistas constituíram as fontes primárias de socialização destes atletas. Os pais e os professores não tinham qualquer contribuição, sendo que tais resultados verificam-se igualmente em outros estudos de Hedrick, Morse & Figoni (1988; *Ap. Williams, 1994a*); Watanabe, Cooper, Vosse, Baldini & Robertson (1992; *Ap. Williams, 1994a*). Em estudos mais recentes, envolvendo atletas em cadeira de rodas, atletas dos Paralímpicos portadores de deficiência, os agentes primários de socialização são os treinadores, outros atletas e investigadores na área do desporto. Contudo, os autores não distinguem as fontes por área de deficiência.

1.4. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA, OBJECTO DE ESTUDO E HIPÓTESES

Como vimos no presente capítulo, ao longo da história da humanidade, as atitudes assumidas pela sociedade foram variando relativamente a todos os indivíduos portadores de deficiência. No século XX, existiu uma grande evolução relativamente a esta população. Começaram a conferir ao indivíduo portador de deficiência as mesmas condições de realização e de aprendizagem sociocultural dos seus semelhantes, independentemente das limitações ou diferenças que manifestam. Contudo, e apesar de existir legislação que lhes conferem direitos de igualdade na sociedade em que estão inseridos, ainda são frequentes as situações em que tal não se verifica, existindo atitudes discriminatórias. Assim, ainda são muitos os indivíduos que olham para esta população como seres incapacitados, debilitados ou deficientes.

Muitas destas atitudes de discriminação e de segregação que existem para com todos os indivíduos portadores de deficiência são também frequentes ao nível do desporto adaptado. Pois, para além de terem que superar todas as barreiras arquitectónicas que existem nos espaços para a prática desportiva, esta população ainda tem que enfrentar atitudes de discriminação e preconceito pelo seu semelhante. Deste modo, mesmo depois de serem comprovados todos os benefícios que advêm de uma prática desportiva para todos os indivíduos portadores de uma deficiência ainda existem

muitas barreiras que impossibilitam o indivíduo portador de deficiência de praticar uma actividade física.

Nos dias de hoje, a prática desportiva adaptada (PDA) é uma forma de socialização bastante valiosa servindo de preparação para o dia-a-dia. De facto, os números relativos à PDA de algumas décadas atrás são hoje superiores. Contudo, estes números ainda se encontram abaixo do desejado. Apesar de a oferta desportiva ter aumentado de modo a permitir que esta população possa praticar uma actividade física ou desportiva, ainda não é suficiente para que a população portadora de uma deficiência inicie ou reinicie uma prática desportiva.

Face a estes factos, o presente estudo pode tornar-se um contributo ao estudo da realidade, no sentido que permite investigar o que motiva uma pessoa com deficiência a iniciar uma prática desportiva adaptada, assim como o que a motiva a manter uma prática desportiva ao longo da sua carreira como praticante.

A sociologia da actividade física adaptada interessa-se pelo modo como o comportamento dos indivíduos num grupo é influenciado pelas relações sociais que eles estabelecem e mantêm numa actividade física adaptada. A aquisição de hábitos desportivos é assim um processo que resulta da interacção de várias instituições: familiar, escolar, desportiva bem como dos seus pares. Também, no caso da actividade física adaptada podemos falar da instituição hospital.

Como vimos, os estudos realizados onde é feita uma análise do impacto dos vários agentes de socialização ao nível da criação de hábitos desportivos são escassos, sendo as suas conclusões pouco uniformes (Kennedy, 1980; *Ap. Williams*, 1994a; Hopper, 1982; *Ap. Williams*, 1994a; Dickinson & Perkins, 1985; *Ap. Williams*, 1994a; Sherrill & Rainbolt, 1986; *Ap. Williams*, 1994a; Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope 1986; *Ap. Williams*, 1994a; Sherrill, Pope & Arnhold, 1986; *Ap. Williams*, 1994a; Steward, McCarthy & Robinson, 1988; *Ap. Williams*, 1994a; Hedrick, Morse & Fogni, 1988; *Ap. Williams*, 1994a; Steward, McCarthy & Robinson, 1991; *Ap. Williams*, 1994a; Watanabe, Cooper, Vosse, Baldini & Robertson, 1992; *Ap. Williams*, 1994a; Zoerink, 1992; Ferreira, 2005). Dando seguimento a esta linha de investigação, pretendemos aprofundar quais os principais agentes de socialização dos atletas de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) na sociedade portuguesa, de modo a contribuirmos com este estudo de caso para um melhor conhecimento dos motivos que os levam a envolverem-se na PDA, assim como os agentes de socialização que

exerceram uma influência decisiva, quer em termos de motivação ao longo das suas carreiras, quer dos incentivos que recebem das pessoas que os rodeiam.

Assim, a presente investigação tem como objecto de estudo saber se **os praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas iniciaram a sua carreira desportiva devido aos hábitos de cultura físico-desportiva adquiridos nos diferentes meios sociais em que se inserem, nomeadamente, a família, a escola e o grupo de amigos com deficiência, e se estes meios sociais continuam a exercer uma influência decisiva na continuidade da sua carreira desportiva.** Ou seja, com esta investigação pretende-se conhecer quais os principais agentes de socialização que desempenharam um papel preponderante, quer no início da PDA, quer ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR, bem como os incentivos que estes recebem por parte dos seus familiares, amigos com e sem deficiência, colegas e funcionários da escola, professores e treinadores.

Tendo em linha de conta o nosso objecto de estudo, definimos as nossas hipóteses, sendo que a primeira pretende investigar se a maioria dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas iniciou a prática desportiva adaptada devido à influência exercida pelos seus amigos com deficiência, independentemente da sua idade, grupo social, grau de escolaridade, tipo de deficiência e período de aquisição (HIPÓTESE 1), e se a importância da prática desportiva adaptada atribuída pelos seus colegas com deficiência e treinadores à prática desportiva adaptada é determinante para a continuidade da carreira desportiva do praticante de Basquetebol em cadeira de rodas quando comparada com a de outros agentes de socialização, independentemente da idade, do grupo social, do tipo de deficiência e do período de aquisição (HIPÓTESE 2) e, por último, se a maioria dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas recebe um maior incentivo por parte do treinador e amigos com deficiência do que pelas suas famílias ou de outros indivíduos dos meios sociais em que se encontram inseridos, ainda que estes manifestem hábitos desportivos (HIPÓTESE 3).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos que serviram de orientação ao desenvolvimento da presente investigação.

Desta forma, serão descritos os procedimentos utilizados na definição das dimensões e variáveis desagregadas em indicadores, a construção dos grupos sociais, bem como as técnicas de recolha e tratamento da informação, o universo de análise e a caracterização da amostra.

2.1. MODELO DE ANÁLISE

Como definimos no capítulo anterior, o presente estudo pretende aprofundar a influência dos agentes de socialização quer no início da prática desportiva quer ao longo da carreira desportiva dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR), bem como os incentivos que esta população recebe por parte dos indivíduos que a rodeiam, nomeadamente pertencentes à sua família, amigos, escola e clube onde praticam esta modalidade.

De forma a operacionalizar as hipóteses em estudo com vista à sua verificação, foram definidas três dimensões desagregadas em variáveis e indicadores, de acordo Quivy & Campenhoudt (1992), como podemos observar no Quadro II.

Assim, numa primeira dimensão de análise – *Percurso Desportivo do Atleta (Passado Desportivo)* – definimos duas variáveis de investigação, sendo a primeira *Influência dos agentes de socialização da prática desportiva adaptada* e a segunda *Hábitos desportivos*.

Numa segunda dimensão de análise – *Incentivos à Prática Desportiva* – definimos três variáveis de investigação: a primeira *Prática desportiva*, a segunda *Incentivos à prática desportiva* e a terceira *Importância da prática desportiva*.

E por fim, na terceira dimensão de análise – *Perfil* – definimos nove variáveis de investigação: sendo a primeira *Género*, a segunda *Idade*, a terceira *Habilitações literárias*, a quarta *Estado civil*, a quinta *Pessoas com quem vive*, a sexta *Tipo de deficiência*, a sétima *Natureza da deficiência*, a oitava *Grupo social* e a nona *Clube*.

Quadro II

Dimensões, Variáveis e Indicadores

DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES	QUESTÃO
D1 Percurso Desportiva do Atleta (Passado Desportivo)	1.1. Influência dos agentes de socialização da prática desportiva adaptada	1.1.1. Início da PD 1.1.2. Ao longo da carreira como atleta	1 2
	1.2. Hábitos desportivos	1.2.1. Família	3
D2 Incentivos à Prática Desportiva	2.1. Prática Desportiva	2.1.1. Pessoas com quem vive 2.1.2. Amigos/colegas	4 11
	2.2. Incentivo à PDA	2.2.1. Pessoas com quem vive/familiares 2.2.2. Filhos 2.2.3. Amigos/colegas 2.2.4. Treinadores 2.2.5. Amigos com deficiência 2.2.6. Colegas/funcionários da escola 2.2.7. Professor(es)	5 7,8,9,10 12 13 13 13 13
	2.3. Importância da PDA	2.3.1. Para as pessoas com quem vive	6
D3 Perfil	3.1. Género	3.1.1. Masculino 3.1.2. Feminino	14
	3.2. Idade	3.2.1. Menos de 18 anos 3.2.2. 18 – 30 anos 3.2.3. 31 – 40 anos 3.2.4. 41 – 50 anos 3.2.5. 51 – 60 anos 3.2.6. Mais de 61 anos	15
	3.3. Habilitações literárias	3.3.1. Analfabeto/sabe ler e escrever 3.3.2. Instrução primária/Ciclo preparatório 3.3.3. 5.º ano liceal (9.º ano actual) 3.3.4. 7.º ano liceal (11.º/12.º ano actual) 3.3.5. Curso médio/Politécnico 3.3.6. Licenciatura 3.3.7. Pós-graduação 3.3.8. Mestrado 3.3.9. Doutoramento	16
	3.4. Estado civil	3.4.1. Solteiro 3.4.2. Casado 3.4.3. Separado/ Divorciado 3.4.4. Viúvo 3.4.5. União de facto	17

3.5. Pessoas com quem vive	3.5.1. Sózinho(a) 3.5.2. Com o cônjuge 3.5.3. Com os pais ou familiares 3.5.4. Com filhos ou jovens a seu cargo 3.5.5. Com o cônjuge e filho(s) 3.5.6. Com o cônjuge, filho(s) e família 3.5.7. Outros	18
3.6. Tipo de deficiência	3.6.1. Poliomielite 3.6.2. Paraplegia 3.6.3. Spina Bífida 3.6.4. Amputação 3.6.5. Outra	19
3.7. Natureza da Deficiência	3.7.1. Congénita 3.7.2. Tempo em que é portadora	20 21
3.8. Grupo Social	3.8.1. Condições perante o trabalho 3.8.2. Profissão	22 23 – 26
	3.8.3. Situação na profissão	27 – 29
3.9. Clube	3.9.1. ADM – Barcelos 3.9.2. APD – Braga 3.9.3. APD – Leiria 3.9.4. APD – Lisboa 3.9.5. APD – Paredes 3.9.6. APD – Porto 3.9.7. APD – Sintra 3.9.8. APD – Clube Basket de Quarteira “Tubarões” 3.9.9. Clube Desportivo “Os Especiais” 3.9.10. CTM – Centro de Treinos Vila Pouca de Aguiar 3.9.11. GDD - Alcoitão	30

2.1.1. Tipologia dos Grupos Sociais

O grupo social, que constitui uma variável independente em todas as hipóteses formuladas para este estudo, encontra-se desagregado nos seguintes indicadores: a “condição perante o trabalho”, a “situação na profissão”, a “profissão” e as “habilitações literárias”. Assim, o grupo social foi elaborado a partir do modelo utilizado por Marivoet (2001:158-159), no estudo intitulado *“Hábitos Desportivos da População Portuguesa”*.

Como o questionário utilizado nesta investigação é diferente do utilizado pela autora citada anteriormente, houve a necessidade de alterar e ajustar o número das questões, de acordo com a ordem do questionário elaborada para esta investigação.

Assim, procedeu-se à codificação da questão 22 (P22) do inquérito por questionário (Anexo I), respeitante à actividade profissional, utilizando os códigos da Tabela das Actividades Profissionais utilizada por Marivoet (2001:158-159), no estudo intitulado “*Hábitos Desportivos da População Portuguesa*”. Partindo da Tipologia dos Grupos Sociais utilizada por esta autora e através da codificação das questões 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 e 29 (P22, P23, P24, P25, P26, P27, P28 e P29) adquirimos uma tipologia em tudo idêntica ao modelo utilizada pela autora, como se pode verificar no Quadro III⁸.

QUADRO III

Tipologia dos grupos sociais

Empresários e Quadros Superiores (EQS)	
EQS = (Grandes Empresários + Quadros Dirigentes Superiores)	
Grandes Empresários (GE)	$(P27=01 \wedge P28=02 \wedge P29=02)$
Quadros Dirigentes e superiores (QDS)	$\{(P23=02 \vee P23=03) \wedge [(P27=02) \vee (P27=01 \wedge P28=01) \vee (P27=01 \wedge P28=02 \wedge P29=02)]\}$
Serviços de Enquadramento e Execução (SEE)	
SEE = (Pequenos proprietários + Qualificados dos Serviços + Trabalhadores de execução)	
Pequenos Proprietários (PP)	$\{(P23=01 \vee P23=04 \vee P23=05 \vee P23=06 \vee P23=07 \vee P23=08 \vee P23=09) \vee [(P28=01) \vee (P28=02 \wedge P29=02)]\}$
Qualificados dos Serviços (QS)	$[(P23=04 \vee P23=05) \wedge (P27=02)]$
Trabalhadores de Execução (TE)	$(P23=06 \wedge P27=02)$
Profissionais da Indústria (PI)	
PI = Operariado	
Operariado (O)	$(P23=07 \wedge P27=02)$
Trabalhadores Agrícolas e Pescas (TAGP)	
TAGP = (Trabalhadores Agrícolas e Pescadores)	
Trabalhadores Agrícolas (TAG)	$(P23=08 \wedge P27=02)$
Pescadores (P)	$(P23=09 \wedge P27=02)$

2.2. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO

Como instrumento de recolha da informação, escolhemos o inquérito sociográfico, sendo o questionário construído de modo a medir os indicadores do Modelo de Análise Desagregado (v. Quadro II).

A elaboração deste inquérito é uma fase fundamental, uma vez que permitirá auferir informação que nos permita, com rigor e através de uma técnica quantitativa, compreender e retirar conclusões acerca das hipóteses em estudo (Ghiglione & Matalon,

⁸ Pelo facto de serem pouco frequentados na nossa amostra, juntaram-se os grupos PI (Operariado) e TAGP (Trabalhadores Agrícolas e Pescadores), formando para efeito de análise o grupo PIAP. Desta forma já podemos retirar resultados e fazer comparações válidas entre todos os grupos sociais.

1992). Assim, a utilização de técnicas de investigação consagradas determina o valor intelectual e o carácter científico de um trabalho (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Desta forma, o inquérito por questionário integra-se entre os métodos e técnicas com mais produtividade na investigação. Segundo Fortin (1999), a investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, e seguindo uma abordagem quantitativa, a investigação caracteriza-se pelo seu carácter descritivo, comparativo e relacional, 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.

2.2.1. Instrumento de Medida: o Inquérito Sociográfico

O inquérito por questionário é a técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predomínio nas ciências e na sociedade em geral (Ferreira, 2001). Esta foi a técnica escolhida para realizar esta pesquisa (Anexo I). E segundo Quivy & Campenhoudt (1992), uma das principais vantagens na aplicação de um questionário reside na possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados.

Como já foi referido, para a realização deste estudo foi elaborado um inquérito por questionário. Após a construção de uma primeira versão do questionário, este foi aplicado a uma equipa pertencente ao campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de Rodas, a equipa da Associação Portuguesa de Deficientes (APD) – Leiria, ou seja, foi realizado um pré-teste. A equipa APD – Leiria foi escolhida por uma questão de proximidade. Para este pré-teste foram recolhidos dez questionários. Posteriormente, procedeu-se à correcção de pequenas incorrecções ou pormenores considerados relevantes para a população em questão, de modo a certificar a validade deste questionário.

Assim, a versão final do questionário (*cf.* Anexo I) é composta por trinta perguntas numeradas com sequência numérica que se divide em três grupos. Após uma breve introdução em que é explicado ao inquirido o objectivo e âmbito do estudo, o anonimato das respostas bem como a sua confidencialidade, o questionário encontra-se estruturado por capítulos.

No primeiro a capítulo referente ao percurso desportivo do atleta, as duas primeiras perguntas referem-se à identificação dos principais agentes de socialização contribuindo para um melhor conhecimento de quem influencia os praticantes de BCR a iniciarem a prática desportiva adaptada e a sua motivação ao longo da carreira desportiva adaptada. Estas duas perguntas foram adaptadas dos trabalhos realizados por Williams (1994a), Williams & Taylor (1994) e Ferreira (2005)⁹.

De seguida, o segundo capítulo refere-se aos incentivos à prática desportiva dos praticantes de BCR bem como aos hábitos desportivos dos familiares/pessoas com quem vivem, filhos e amigos/colegas dos praticantes de BCR, e o terceiro capítulo aos dados de caracterização dos praticantes de BCR.

O questionário que serviu de base ao presente estudo é constituído por questões abertas (onde o inquirido responde de acordo com a sua situação), fechadas (questões de resposta única), e semi-fechadas (questões de escolha múltipla onde o inquirido selecciona as que correspondem à sua situação podendo referir outras não catalogadas previamente).

2.2.2. Procedimentos na Aplicação do Inquérito Sociográfico

Para aplicar os inquéritos foi feito um primeiro contacto, via telefone, com a Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores (ANDDEMOT), onde foi pedido o nome das equipas participantes no Campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de rodas, assim como autorização para aplicar os questionários a todas as equipas pertencentes a este campeonato. Posteriormente, foi realizado o mesmo procedimento mas por e-mail.

Após a resposta a este e-mail, com a autorização e o contacto das equipas procedeu-se a um contacto com as próprias equipas, de forma a iniciar-se a aplicação

⁹ A primeira pergunta podia ser respondida através da análise de uma lista de possíveis agentes de socialização, onde se incluiu a decisão própria e que visava a identificação dos agentes que motivaram o praticante de BCR para a prática desportiva adaptada pela primeira vez. A segunda pergunta visava saber quem exerceu uma influência decisiva na motivação da prática desportiva adaptada ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR. Como principais agentes de socialização, e de acordo com a revisão da literatura, foram considerados: os pais, familiares, amigos sem deficiência, amigos com deficiência, colegas/funcionários da escola, professores, terapeutas, grupo desportivo ou associação de indivíduos com deficiência, treinador, outros. Introduzimos ainda uma terceira pergunta referente aos hábitos desportivos dos familiares dos praticantes de BCR e foi dada como possibilidades de resposta: alguém praticou/pratica uma actividade físico/desportiva, algum participava/participa na Direcção de um Clube ou Associação Desportiva, era/é levado(a) a assistir a espectáculos desportivos, A sua família acompanhava – o(a)/acompanha – o(a) na actividade/treinos/prova desportiva, outro.

dos questionários. Foram realizados contactos telefónicos e posteriormente foi feito um contacto pessoal com algumas das equipas.

Assim, o procedimento de aplicação dos questionários não foi o mesmo para todas as equipas. A aplicação teve em conta cada uma das equipas e a melhor forma de lhes aplicar os questionários. É de referir que tivemos o apoio de todos os Treinadores/Dirigentes para que fosse possível a sua aplicação.

A aplicação dos questionários decorreu entre os meses de Maio e Junho do ano de 2008, sendo aplicados de diversas formas e locais, como já foi referido. Sempre que possível os questionários foram aplicados nos dias de jogo, visto ser os dias que reuniam o maior número de jogadores. Aos indivíduos desta população ou nalguns casos os treinadores, foi-lhes explicado o âmbito e objectivos do questionário, assim como esclarecidos no preenchimento e possíveis dúvidas que iam surgindo.

Por último é de realçar que foram entregues 110 questionários a toda a população, excluindo a ADM Barcelos, e destes foram respondidos 80 questionários.

2.2.3. Análise e Tratamento de Dados

Após a recolha dos dados obtidos através da aplicação dos inquéritos aos praticantes de BCR e construídas as grelhas de codificação das respostas abertas de acordo com as respostas dos inquiridos, a informação foi tratada utilizando o programa informático de estatística SPSS 13.0 para Windows. Através deste programa, foi criada uma base de dados que continha todas as respostas dos inquéritos sociográficos aplicados.

Foram elaborados quadros de apuramento, de forma a agrupar toda a informação relativa aos inquéritos sociográficos (v. Anexo 1). No que concerne ao tratamento estatístico foi utilizada a estatística descritiva para a apresentação, análise e interpretação da informação quantitativa através de quadros ou de gráficos.

2.3. CARACTERIZAÇÃO DO UNIVERSO/AMOSTRA

De acordo com Fortin (1999) entende-se por população “todos os elementos que partilham de características comuns”. No caso deste estudo a população são todos os praticantes de BCR, portanto portadores de deficiência motora.

A amostra é considerada um subconjunto da população. Fortin (1999) diz-nos que é uma réplica em miniatura da população. No presente estudo a amostra coincide

com a população uma vez que a população de praticantes de BCR é pequena para permitir a selecção de uma amostra.

Como referimos no ponto 2.2.2, o questionário foi facultado aos clubes de Basquetebol em cadeira de rodas, pertencentes ao campeonato Nacional de BCR, com excepção do Clube ADM- Barcelos devido à dificuldade em contactá-los.

Na época de 2007/2008 fizeram parte do Campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de rodas 13 clubes, dos quais 2 não responderam a este estudo (a APD de Braga e a APD de Paredes), e à ADM Barcelos não foi entregue o questionário, como já foi referido anteriormente.

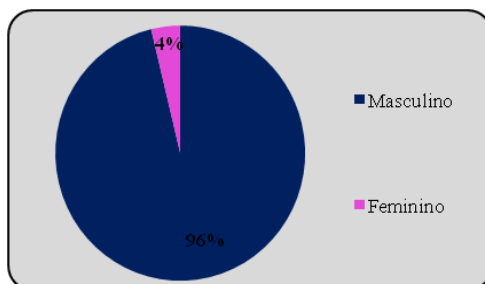
Foram entregues 110 questionários às 12 equipas, dos quais 80 foram respondidos pelos praticantes de BCR, o que nos permite caracterizar o universo em análise segundo o género, a idade, o estado civil, o agregado familiar, as habilitações literárias, a condição perante o trabalho, o grupo social e a natureza da deficiência.

Género

Uma vez que o BCR não tem competição feminina, as mulheres portadoras de deficiência motora que queiram praticar esta modalidade terão de o fazer juntamente com os homens. Daí a nossa amostra ser constituída por elementos do género masculino e feminino embora com grandes variações na sua participação, como podemos verificar no gráfico 1. Isto significa que a nossa amostra é constituída por 96% elementos do género masculino e apenas 4% do género feminino:

Gráfico 1

Estratificação da amostra segundo o género



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

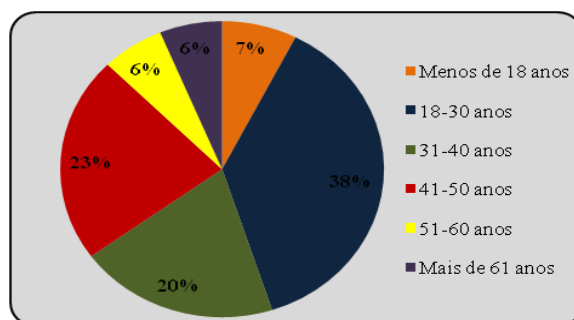
Ao analisarmos os dados da literatura, no que se refere à participação desportiva da população portuguesa por género¹⁰ verificamos que estes dados estão de acordo, dada a percentagem de praticantes do género masculino ser geralmente superior ao do género feminino (Marivoet, 2001; Pereira, 2007; Ramalho, 2007).

Idade

A idade dos praticantes de BCR varia dos 14 aos 63 anos de idade. O nosso estudo é composto por 7% de praticantes com menos de 18 anos, 38% de praticantes com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos, 20% entre os 31 e 40 anos, 23% entre os 41 e 50 anos, 6% entre os 51 e 60 anos e, por fim, os praticantes com mais de 61 anos que perfazem 6% da nossa amostra, como podemos observar no gráfico 2.

Gráfico 2

Estratificação da amostra segundo a idade



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Estes dados vão de encontro às conclusões do estudo realizado por Marivoet (2001), em que a participação desportiva revelou ser inversamente proporcional à idade. No nosso estudo, a maior percentagem de praticantes situa-se entre os 18 e 30 anos, contudo sofre uma grande quebra a partir dos 51 anos, passando de 23% (entre os 41 e 50 anos) para 6%, contrariamente ao estudo realizado por Marivoet (2001) em que se concluiu que os 35 anos parecem constituir a grande viragem no decréscimo da prática desportiva.

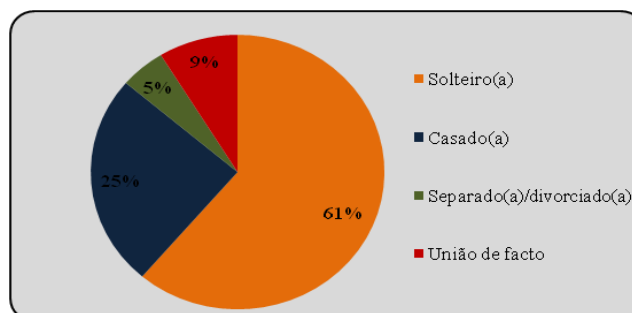
¹⁰ No estudo “Hábitos Desportivos da População Portuguesa” realizado por Marivoet (2001) conclui-se que os homens continuam a praticar, proporcionalmente, mais desporto que as mulheres. Assim, enquanto 34 em cada 100 homens dos 15 aos 74 anos desenvolvem uma actividade desportiva, em cada 100 mulheres, dentro do mesmo grupo etário, apenas 14 praticam desporto.

Estado civil

Quando analisamos o estado civil dos praticantes de BCR (v. Gráfico 3), verificamos que a maioria da nossa amostra é solteiro (61%), seguindo-se os praticantes casados (25%), os praticantes que vivem em união de facto (9%), e por fim, os praticantes divorciados ou separados (5%).

Gráfico 3

Estratificação da amostra segundo o estado civil



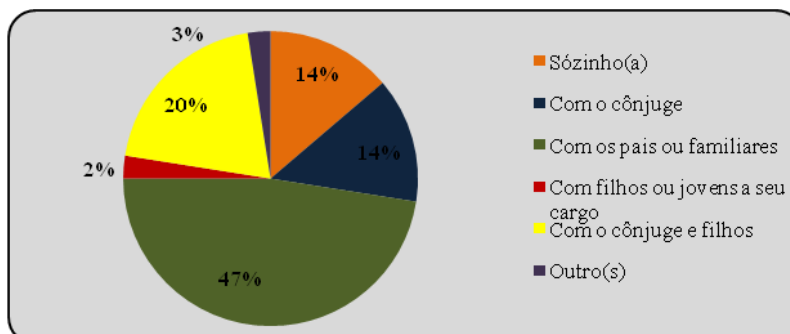
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Agregado familiar

Analisando a tipologia de agregado familiar (v. Gráfico 4), verificamos que 47% dos praticantes de BCR vivem com os pais ou familiares, 20% com o cônjuge e filhos, 14% com o cônjuge, 14% sozinhos, 2% com filhos ou jovens a seu cargo e 3% com outros.

Gráfico 4

Estratificação da amostra segundo o agregado familiar



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

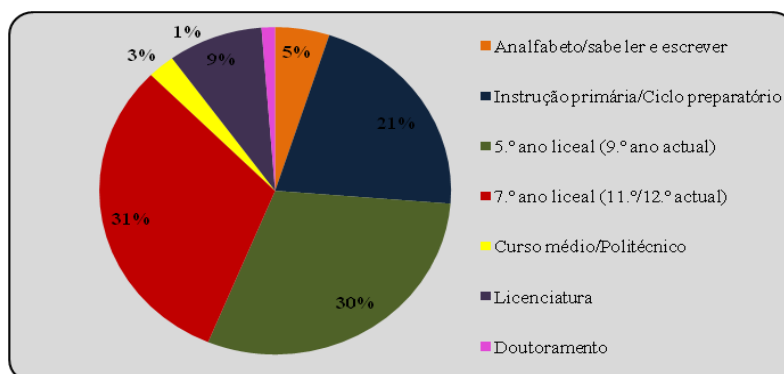
Segundo Marivoet (2001), a participação mais baixa regista-se nos indivíduos que vivem com os seus filhos ou jovens a seu cargo, como sucede no nosso estudo. Segundo a mesma autora, os dados parecem revelar que as responsabilidades familiares no agregado se traduzem numa menor prática desportiva. No nosso estudo, a maioria dos praticantes ainda vive com os pais e familiares.

Habilitações literárias

No que se refere às habilitações literárias podemos observar, no gráfico 5, que, em primeiro lugar, encontramos os praticantes de BCR com o 7.º ano liceal, equivalente ao ensino secundário, com 31%; seguindo-se os praticantes com o 5.º ano liceal (equivalente ao ensino básico – 9.º ano), com 30%; os praticantes com instrução primária/ciclo preparatório, com 21%; os praticantes detentores de licenciatura, com 9%; os praticantes que sabem ler e escrever ou analfabetos, com 5%; os praticantes detentores de um curso médio/politécnico, com 3%; e, por último, os praticantes com doutoramento que perfazem apenas 1% da nossa amostra. Assim, verificamos que as habilitações literárias da amostra do presente estudo não são elevadas e que, de acordo com Marivoet (2001), quando analisamos a participação desportiva segundo a escolaridade, verificamos que esta se encontra directamente proporcional ao tempo de permanência na escola. Quanto mais elevado é o nível de escolaridade maior é a participação desportiva. Estes dados também estão de acordo com os estudos realizados por Ramalho (2007).

Gráfico 5

Estratificação da amostra segundo as habilitações literárias



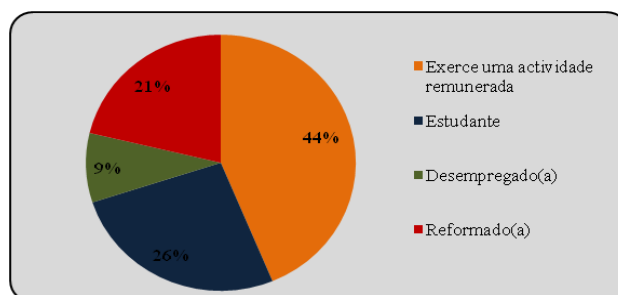
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Condição perante o trabalho

No que concerne às condições perante o trabalho verificamos que 44% da nossa amostra exerce uma actividade remunerada, 26% ainda se encontra a estudar, 21% já está reformado e 9% está desempregado (v. gráfico 6):

Gráfico 6

Estratificação da amostra segundo as condições perante o trabalho



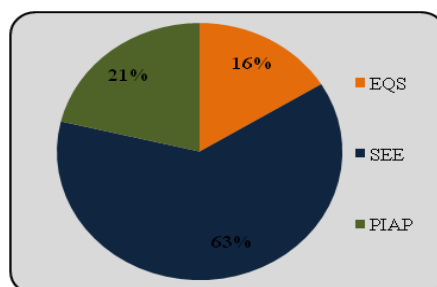
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Grupo social

Como elucida o gráfico 7, verificamos que a maioria da nossa amostra pertence ao grupo social SEE (Serviços de Enquadramento e Execução), com 63%; seguindo-se o grupo social PIAP (Profissionais da Industria, Agricultura e Pescas), com 21%; e, por fim, o grupo social EQS (Empresários e Quadros Superiores), com 16%.

Gráfico 7

Estratificação da amostra segundo o grupo social



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo Marivoet (2001), são os indivíduos integrados nos grupos sociais, cujos desempenhos profissionais requerem maiores níveis de qualificação e responsabilidade, que proporcionalmente praticam mais desporto, sucedendo igualmente no nosso estudo,

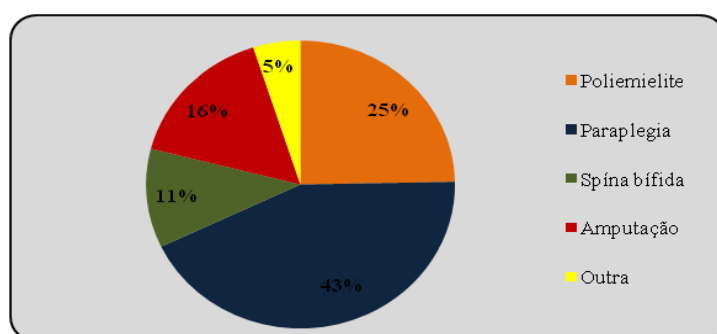
em que 79% integra-se no grupo social SEE e EQS e apenas 21% integram-se no grupo social PIAP.

Natureza da deficiência

Relativamente ao tipo de deficiência, os praticantes de BCR são maioritariamente portadores de paraplegia (43%), seguindo-se os praticantes portadores de poliomielite (25%), amputação (16%), espinha bífida (11%) e outra deficiência motora (5%), como podemos observar no gráfico 8.

Gráfico 8

Estratificação da amostra segundo o tipo de deficiência

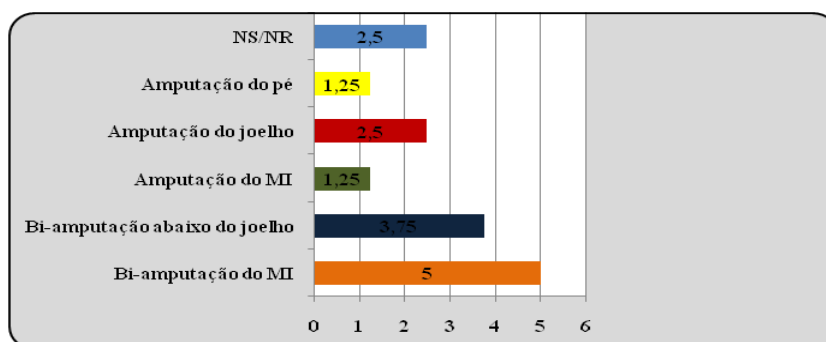


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Observando o gráfico 9, relativo ao tipo de amputação dos praticantes de BCR verificamos que dos 16% dos amputados, 5% apresenta bi-amputação do membro inferior, 3,75% bi-amputação abaixo do joelho, 2,5% amputação do joelho, e com a mesma percentagem de 1,25% amputação do pé e do Membro inferior.

Gráfico 9

Estratificação da amostra segundo o tipo de amputação

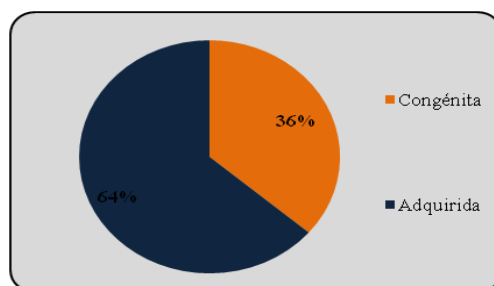


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Por último, no que se refere ao período de aquisição da deficiência, verificamos que a maioria os praticantes de BCR adquiriram a deficiência motora após a nascença, encontrando-se 64% cuja deficiência foi adquirida após a nascença e 36% com deficiência congênita conforme o gráfico 10.

Gráfico 10

Estratificação da amostra segundo o período de aquisição

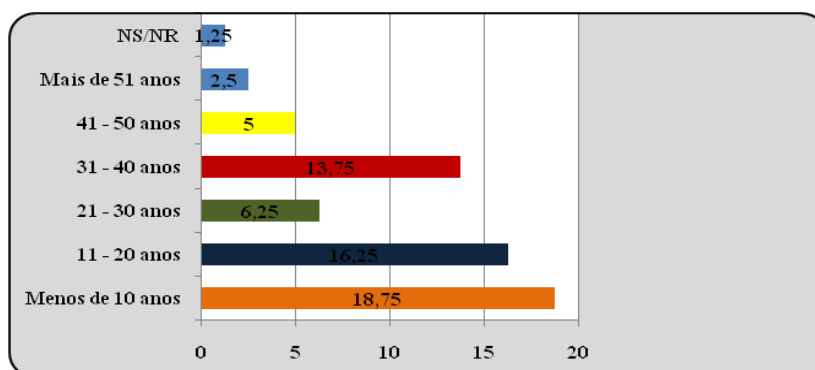


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Dos 64% dos praticantes de BCR que adquiriram a deficiência após a nascença, 18,75% adquiriram a deficiência há menos de 10 anos, 16,25% adquiriram a deficiência há mais de 11 anos e há menos de 20 anos, 13,75% há mais de 31 anos e à menos de 40 anos, 6,25% da amostra adquiriram a deficiência há mais de 21 anos e há menos de 30 anos e 7,5% há mais de 41 anos, como podemos verificar no gráfico 11.

Gráfico 11

Estratificação da amostra segundo os anos de deficiência adquirida



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

III. CARACTERIZAÇÃO DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

III. CARACTERIZAÇÃO DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

3.1. HISTÓRIA DO BASQUETEBOL EM CADEIRAS DE RODAS

Há mais de meio século que teve início tanto a história do Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) como outras práticas desportivas que envolvem o uso de cadeiras de rodas.

O BCR teve o seu início após a Segunda Guerra Mundial, tendo como função a reabilitação de todos os indivíduos que ficaram lesionados nessa mesma guerra. Esta modalidade surgiu ao mesmo tempo nos EUA, onde foi formada a primeira equipa de Basquetebol adaptado, e na Inglaterra, com o médico neurologista, Sir Ludwig Guttmann, que defendia a prática desportiva como meio de reabilitação.

Nos EUA, este início remonta a 1946, devido à vontade de antigos atletas de Basquetebol voltarem a praticar um desporto colectivo de competição, após terem sofrido lesões permanentes no decurso da II Guerra Mundial, havendo assim, um aumento significativo do número de indivíduos com lesões medulares adquiridas durante a guerra.

Em Inglaterra, na cidade de Aylesbury, nos arredores de Londres, a pedido do governo inglês, o neurologista Ludwig Guttmann, que fugira da perseguição aos judeus na Alemanha nazista, criou o Centro Nacional de Lesionados Medulares no Hospital de Stoke Mandeville, destinado a tratar pacientes paráliticos, com lesões da espinal medula, do exército inglês feridos na II Guerra Mundial.

Inicialmente, nestes dois países, o BCR tinha como objectivo a reabilitação, visto a sua prática ser realizada nos centros de reabilitação. Posteriormente estes países passaram a estimular a actividade desportiva como prática complementar ao processo de reabilitação dos indivíduos com traumas provocados pela II Guerra Mundial, dando também importância à qualidade da mobilidade destes indivíduos e integrando igualmente as áreas de trabalho da recreação e ocupação de tempos livres.

Embora já se promovessem actividades desportivas para portadores de deficiência, principalmente na Inglaterra, Estados Unidos e na Alemanha, foi em 1948 que este conceito ganhou um carácter oficial, com a realização dos primeiros Jogos de Stoke Mandeville, que reuniram 16 atletas, todos veteranos de guerra. Estes Jogos foram considerados um marco na história do desporto Paralímpico.

A realização dos Jogos de Stoke Mandeville ocorreu ao mesmo tempo da XIV Olimpíada dos Jogos Olímpicos de Londres. O médico Ludwig Guttmann deixou claro,

desde início, o desejo da criação de uma olimpíada para portadores de deficiência. Foi talvez simbólico o facto de esta competição ser realizada no dia em que os Jogos Olímpicos foram inaugurados em Londres – os primeiros a serem realizados desde 1936 (Carvalho, 2005).

O sucesso do método implantado pelo neurologista Ludwig Gutmann aos seus pacientes com lesão medular foi tão grande, que, aos poucos, vários médicos de outras partes do mundo começaram a implantar o desporto como forma de reabilitação médica e social dos seus pacientes.

Assim, em Stoke Mandeville concentravam-se, anualmente, equipas para a realização dos Jogos. Gradualmente foram sendo introduzidas novas modalidades: atletismo, esgrima, bilhar, ténis de mesa e basquetebol, que viria a substituir o *netball* (Carvalho, 2005).

Em 1952, foram realizados os Jogos Internacionais de Stoke Mandeville, que reuniram portadores de deficiência de vários países, onde o método tinha sido aplicado, devido ao sucesso que teve em Inglaterra. Estes Jogos reuniram 130 atletas ingleses e holandeses.

Em 1957, Sir Ludwig Guttmann juntamente com o Professor Antonio Maglio, Director do Centro de Doenças Medulares, do Instituto Italiano “Institute National per L’Assicurazione contro gli Infortuni Sul Lavoro” (INAIL), começaram os preparativos para receber os Jogos Internacionais de Stoke Mandeville, em Roma. Esta cidade tinha sido a escolhida pelo Comité Olímpico Internacional para os Jogos Olímpicos de 1960 e o Dr. Guttmann achou que tinha chegado o momento adequado para estabelecer laços entre os dois eventos desportivos.

Assim, em 1960, o Dr. Guttman conseguiu concretizou o sonho de realizar um evento que tivesse o mesmo impacto que uma olimpíada. Os Jogos de 1960 foram oficialmente designados de IX Jogos Internacionais de Stoke Mandeville. Estes jogos, chamados de Olimpíadas para portadores de deficiência, reuniram 400 atletas de 23 países, todos em cadeira de rodas, e realizaram-se imediatamente após a XVI Olimpíada e nas mesmas instalações, tendo o país anfitrião o maior número de atletas. O programa competitivo incluía oito modalidades, consideradas benéficas para atletas com lesões medulares: bilhar, esgrima, lançamento do dardo, lançamento do peso, basquetebol masculino e natação (livre, bruços e costas).

Viriam a ser reconhecidos na história como os primeiros «Jogos Paralímpicos», permitindo que os atletas com deficiência de todo o mundo pudessem aspirar e alcançar o estatuto de atletas de elite e o reconhecimento merecido (Carvalho, 2005).

A modalidade de BCR foi introduzida no programa de Jogos Paralímpicos de Roma, em 1960.

Com o passar dos anos, este desporto passou de uma forma tímida para um desporto de grande dimensão competitiva, tornando-se num dos desportos mais populares para a população portadora de deficiência motora (Malone, Nielson & Steadward, 2000).

3.2. A CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

Para competir no desporto para deficientes é necessário conhecer as regras que fazem parte da modalidade desportiva bem como a classificação desportiva do atleta, visto que as regras por si só não são suficientes. Para que a modalidade se torne justa para todos os seus atletas é necessário um sistema de classificação complexo que tenta agrupar os atletas portadores de uma deficiência por níveis de capacidade. Mais importante do que qualquer outro princípio que governa o mundo do desporto para atletas com deficiência é o da classificação das suas habilidades para assegurar a igualdade na competição (Sherrill, 1984; *Ap.* Varela, 1991). Conjuntamente com as regras e a classificação funcional é possível tornar o BCR numa modalidade mais justa e, desta forma, encorajar o *fair-play* entre todos os atletas e pessoas ligadas a esta modalidade desportiva.

Quando se fala em desporto para pessoas portadoras de uma deficiência física ou motora, como é o caso do BCR, a classificação funcional torna-se num procedimento essencial para uma competição mais justa e equilibrada. Assim, o sistema de classificação funcional utilizado por este desporto foi criado visando as condições de movimento de cada atleta, dando oportunidade àqueles que tem a sua mobilidade comprometida de uma forma significativa para que estes também tenham um espaço garantido na prática desta modalidade a nível competitivo.

Na prática desportiva convencional, os critérios de classificação para os atletas são de acordo com a sua idade e género. Assim criam-se escalões, por exemplo, infantis, juvenis, juniores, seniores. No desporto adaptado, as diversas modalidades usam um sistema de classificação desenvolvido para cada uma das modalidades adaptadas.

Falamos de classificação funcional porque os atletas são avaliados conforme a sua funcionalidade em situação de jogo.

A classificação visa organizar os atletas em classes para que possam competir em condições de igualdade funcional. Para além de a competição se tornar mais justa também permite que todos os atletas, independentemente da sua funcionalidade, participem em todas as competições.

É a partir dos sistemas de classificação que se tem procurado equiparar o potencial físico de cada equipa. Ou seja, estes sistemas de classificação asseguram que os jogadores com ausência ou limitação do membro superior ou movimentos do tronco, tenham a mesma oportunidade de jogar, e que as habilidades técnicas dos jogadores e as estratégias das equipas sejam os factores determinantes de sucesso em competição e não os “movimentos físicos do atleta” (IWBF, 2001a).

Primeiramente, a classificação utilizada na prática de BCR teve origem numa avaliação médica. Contudo, esta avaliação tornou-se num sistema incapaz de agrupar os vários tipos de deficiência segundo a funcionalidade.

Tornou-se mais complicado quando indivíduos portadores de outras deficiências físicas, entre outras amputações e sequelas de poliomielite, começaram a participar nesta modalidade. Assim, tornou-se necessário estabelecer critérios que permitissem a participação de todos, independentemente do seu tipo de lesão.

No ano de 1955, nos Estados Unidos, Tim Nugent – na época, presidente da National Wheelchair Basketball Association – NWBA –, formulou uma regra para a prática desta modalidade, que ficou conhecida como “A filosofia de normalização de Nugent”: qualquer indivíduo que apresentar comprometimento nas pernas, ou nas partes inferiores do corpo, estando desse modo impossibilitado de praticar o Basquetebol, será considerado elegível para jogar BCR (Strohkendl, 1996). Esta normalização utiliza-se até aos dias de hoje.

Após várias polémicas sobre a classificação funcional do BCR, o professor de Educação Física, Horst Strohkendl, natural da Alemanha, elaborou um sistema de classificação com a colaboração de ex-atletas e médicos, que consistia na categorização básica da funcionalidade do atleta nos planos transversal, sagital e frontal, ao executar os movimentos básicos do BCR.

Assim, o novo sistema dividia os atletas em quatro classes. A soma dos cinco atletas não deveria ultrapassar os 14 pontos.

Quadro III. Sistema de classificação

Nível da lesão		
Classe I	acima de T7	1,0 pontos
Classe II	T8 – L1	2,0 pontos
Classe III	L2 – L5	3,0 pontos
Classe IV	S1 – S2	4,0 pontos
		4,5 pontos

Posteriormente, a IWBF autorizou o uso de faixas, que melhorariam a fixação do atleta à sua cadeira. Esta nova alteração veio dificultar a determinação da classe dos atletas. Assim, para solucionar este novo problema foi introduzido 0.5 ponto a cada classe, surgindo desta forma mais três classes.

O atleta recebe esta classificação quando apresenta características que não lhe permitem enquadrar-se em uma classe ou outra, sendo assim considerado como limítrofes (Bordline) pelo facto do volume de acção estar entre duas classes (Ribeiro, 2001).

O novo sistema foi aplicado de forma não oficial nos Jogos Pan-Americanos no Canadá, em 1982. No ano de 1984, tornou-se oficial no Mundial de Stoke Mendeville, sendo aceite de forma unânime pelos países participantes. Em 1992, na Paralimpíada de Barcelona, o sistema foi ratificado definitivamente pela IWBF.

A cada jogador é atribuída uma pontuação de acordo com a observação dos seus movimentos e habilidades, por exemplo, movimentação da cadeira, drible, passe, recepção, lançamento e ressalto. Estas classificações são de 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, como foi referido anteriormente. Neste sistema de classificação quanto maior for a classificação menor é a gravidade da lesão e quanto menor for a classificação maior é a gravidade da lesão. Assim, cada um dos jogadores assume um valor igual à sua classificação.

Segundo esta classificação os “meios pontos” permitem diferenciar atletas que não se incluem com exactidão nas classes principais (classe 1, classe 2, classe 3, classe 4), a classe 4.5 inclui atletas com incapacidades mínimas.

A classe 1 e classe 1.5 integram atletas que apresentam uma lesão acima das vértebras torácicas número 7 (T – 7), a classe 2 e a classe 2.5 são constituídas por atletas em que a lesão se situa entre a vértebra torácica número 8 e a vértebra lombar número 1

(T – 8 a L – 1), os atletas da classe 3 e da classe 3.5 têm uma lesão entre vértebra lombar número 2 e a vértebra lombar número 4 (L2 a L4), os atletas pertencentes à classe 4 e à classe 4.5 possuem uma lesão abaixo da vértebra lombar número 5 (L5).

A soma dos pontos dos cinco jogadores em campo constituirá o total de pontos da equipa.

O técnico, conforme o número de jogadores, poderá realizar várias equipas de jogadores perfazendo um somatório de 14 pontos. Caso ele deseje poderá formar uma equipa com menos de 14 pontos. Contudo, o somatório dos pontos nunca poderá ultrapassar os 14 pontos. Caso exista substituições subsequentes estas nunca poderão ultrapassar o somatório de 14 pontos da equipa.

Em Portugal existem algumas alterações às regras da IWBF, segundo o Regulamento das Provas oficiais do Basquetebol em cadeira de rodas, o artigo 28.º - Pontuação de jogadores rege que no ponto 1 a pontuação das equipas é de 14,5 pontos. No ponto 2 uma equipa que tenha uma jogadora (sexo feminino) em campo deve adicionar 1.5 à sua equipa, isto é, poderá estar em campo com 16 pontos, independentemente da classificação da jogadora (regra 14.c (1) do Regulamento da IWBF. Este acréscimo é válido para cada jogadora (sexo feminino) em campo. No ponto 3 os jogadores, na sua primeira época de competição, beneficiarão de uma redução de 0.5 ponto. No ponto 4 os jogadores (as) até aos 22 anos, à data do primeiro jogo oficial a contar para as provas oficiais da época desportiva, beneficiarão de uma redução de 1.0 pontos. No ponto 5, os jogadores (as) até aos 15 anos de idade, à data do primeiro jogo oficial a contar para a época desportiva, jogarão com 0 pontos. No ponto 6, os jogadores a partir dos 60 anos de idade a completar na época desportiva, beneficiarão de uma redução de 0.5 pontos. No ponto 7, não é permitida a inclusão de jogadores (as) sem deficiência. E, no ponto 8, qualquer destas reduções não é cumulativa.

Os sistemas de classificação asseguram que os atletas com ausência ou limitação do membro inferior ou movimentos do tronco, tenham a mesma oportunidade de jogar, e que as habilidades técnicas dos jogadores e as estratégias das equipas sejam os factores determinantes de sucesso em competição e não os “movimentos físicos dos atletas” (IWBF, 2001).

A classificação é feita de acordo com a habilidade funcional e de acordo com os músculos que estão em condições funcionais de executar as habilidades técnicas específicas do BCR e não as técnicas em si (Perriman, 2001). Esta classificação tem em

consideração o volume de acção definido como a totalidade do espaço na qual o jogador se pode movimentar, voluntariamente, à volta do centro de gravidade do conjunto: a capacidade total do jogador se mover em todos os planos sem se segurar na cadeira.

IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo tem como objectivo proceder à apresentação dos resultados, bem como a sua discussão, obtidos através do inquérito sociográfico aplicado aos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR), que nos serviu para realizar o presente estudo sobre os agentes de socialização e incentivos à prática desportiva adaptada.

Desta forma, com base na revisão bibliográfica exposta no Capítulo I, definiu-se como objecto de estudo saber se **os praticantes de BCR iniciaram a sua carreira desportiva devido aos hábitos de cultura físico-desportiva adquiridos nos diferentes meios sociais em que se inserem, nomeadamente, a família, a escola e o grupo de amigos com deficiência, e se estes meios sociais continuam a exercer uma influência decisiva na continuidade da sua carreira desportiva.**

No sentido de aprofundar o nosso estudo, nomeadamente, verificar a sua veracidade, foram formuladas três hipóteses que serão testadas segundo o conjunto de pressupostos metodológicos definidos no Capítulo II. Para o efeito, construímos uma base de dados que nos permitiu analisar e discutir as hipóteses em estudo, cujas conclusões serão apresentadas no presente capítulo.

Assim, este capítulo encontra-se dividido em três grandes sub-pontos: *Agentes de Socialização no Início da Prática Desportiva Adaptada*, *Agentes de Socialização ao Longo da Carreira Desportiva Adaptada* e, *Incentivos à Prática Desportiva Adaptada*, em que cada um pretende dar resposta a cada uma das hipóteses formuladas.

4.1. AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO NO INÍCIO DA PRÁTICA DESPORTIVA ADAPTADA

A primeira hipótese pressupunha que, segundo a opinião dos praticantes de BCR, a maioria iniciou a prática desportiva adaptada devido à influência exercida pelos seus amigos com deficiência, independentemente da sua idade, grupo social, grau de escolaridade, tipo de deficiência e período de aquisição.

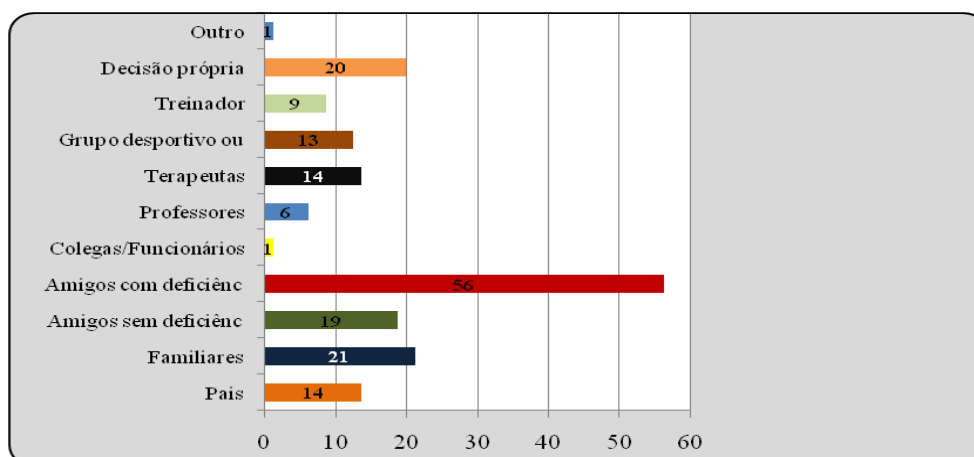
Assim, com o objectivo de averiguar a veracidade desta hipótese será realizada uma análise dos agentes de socialização no início da prática desportiva adaptada, realizada através do BCR, segundo a idade, grupo social, grau de escolaridade, tipo de deficiência e período de aquisição.

Ao compararmos os vários agentes de socialização determinantes para o início da prática desportiva, neste caso o BCR, verificamos que os amigos com deficiência

(56%) são os agentes mais determinantes para o início desta Prática Desportiva Adaptada (PDA), seguindo-se os familiares (21%), os amigos sem deficiência (19%) e também com a mesma percentagem os praticantes que iniciaram a prática desportiva por decisão própria (v. gráfico12). Ao juntarmos as várias categorias, como forma de analisar o peso de cada instituição para os praticantes de BCR, verificamos que o grupo de pares – amigos com e sem deficiência – são os que mais influenciaram esta população para o início da prática desportiva (75%), seguindo-se a instituição familiar - pais e familiares (35%), a instituição desportiva – grupo desportivo ou associação de indivíduos com deficiência e treinador (27%), a decisão própria (20%), a instituição hospitalar, composta pelos terapeutas (14%), a instituição escolar – colegas/ funcionários da escola e professores (7%).

Gráfico 12

Agentes de socialização no início da PDA



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo a idade

Na maioria dos escalões etários os amigos com deficiência apresentam valores percentuais mais elevados relativamente a todos os outros agentes de socialização, tal como pressupunha a nossa hipótese, com excepção da faixa etária dos praticantes com menos de 18 anos (17%) e dos praticantes com mais de 61 anos (40%). Assim, o início da PDA ficou a dever-se à influência dos amigos com deficiência apenas entre os 18 e 50 anos de idade.

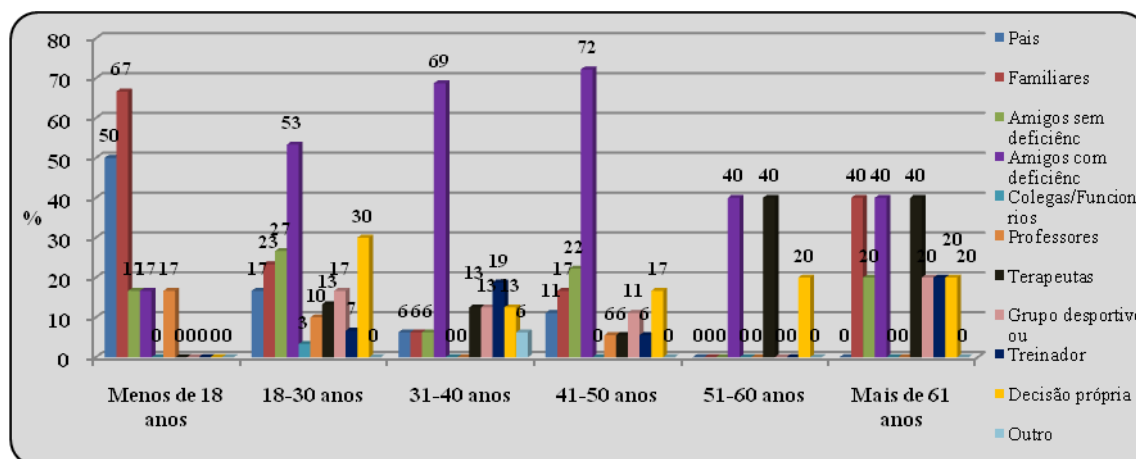
No caso dos praticantes com menos de 18 anos, os familiares são os agentes mais determinantes para o início do BCR (67%), seguindo-se os pais (50%). Assim, a instituição familiar é o principal agente de socialização para este escalão etário.

Nos praticantes com mais de 61 anos, os familiares, os amigos com deficiência e os terapeutas apresentam os mesmos valores percentuais, respectivamente 40% (v. gráfico 13).

É de realçar que a decisão própria apresenta valores bastante significativos na maioria dos escalões etários, com excepção dos praticantes com menos de 18 anos, onde não existem valores percentuais para a decisão própria, sugerindo-nos que as suas decisões foram tomadas basicamente por influência dos seus familiares.

Gráfico 13

Agentes de socialização no início da PDA segundo a idade



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo o grupo social

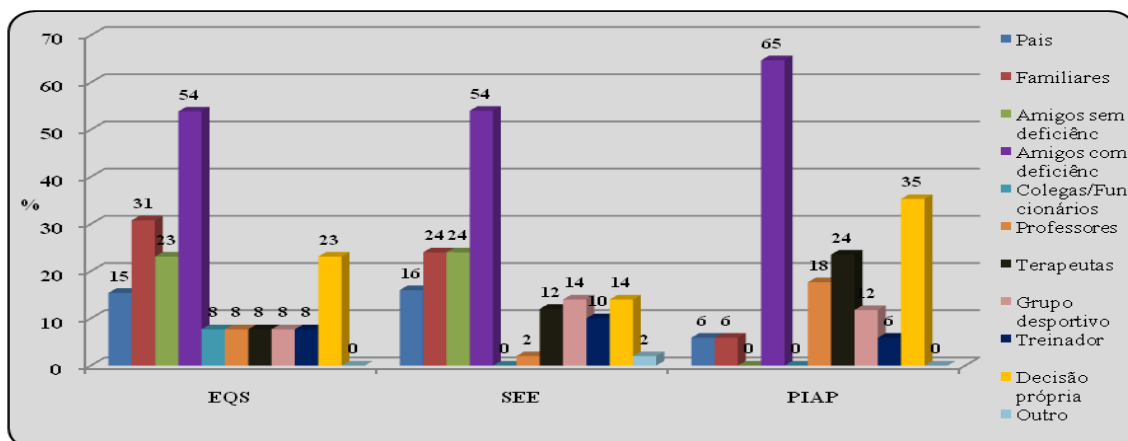
Para qualquer um dos grupos sociais, os amigos com deficiência foram também os mais determinantes no início da prática desportiva adaptada relativamente a qualquer outro agente de socialização, tal como pressupunha a nossa hipótese. Contudo, como podemos observar no gráfico 14, os amigos com deficiência apresentam valores percentuais mais elevados no grupo social PIAP (65%), seguindo o SEE e o EQS com igual percentagem (54%).

Assim, a instituição familiar é maior no grupo EQS e vai diminuindo ao nível dos grupos sociais com menores recursos. Deste modo, esta variável é directamente proporcional aos recursos sociais. Enquanto nos EQS 45% têm essa influência, nos SEE

têm 40% e no PIAP têm 12% de influência no que respeita ao início da prática desportiva adaptada. Por outro lado, a instituição hospitalar apresenta um maior peso nos praticantes com menos recursos sociais, sendo desta forma a instituição hospitalar inversamente proporcional aos recursos sociais.

Gráfico 14

Agentes de socialização no início da PDA segundo o grupo social



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

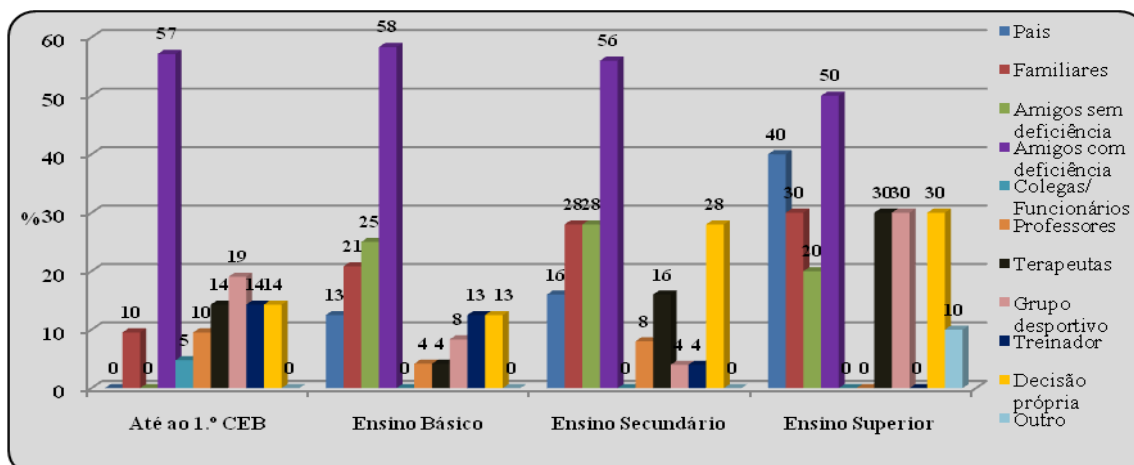
Segundo o grau de escolaridade¹¹

Verificamos que os amigos com deficiência continuam a ser o agente de socialização mais influente no início da prática desportiva adaptada quer para os praticantes com baixo nível de escolaridade quer para os praticantes com elevados níveis de escolaridade, apresentando valores muito similares para qualquer uma das categorias, como pressupõe a nossa primeira hipótese. Para além disso, a instituição familiar vai assumindo uma importância crescente à medida que o grau de escolaridade vai aumentando (v. gráfico 15). Contrariamente, a instituição desportiva vai tendo cada vez menos influência à medida que o grau de escolaridade vai aumentando. A instituição escolar exerce uma maior influência nos praticantes cujo grau de escolaridade seja até final de 1.º Ciclo do Ensino Básico.

¹¹ Para comparar o grau de escolaridade desta população, agrupámos as categorias Analfabeto/sabe ler e escrever e Instrução primária/Ciclo Preparatório, resultando na categoria até ao 1.º Ciclo, devido à pouca frequência em ambas as categorias. O mesmo sucedeu com as categorias Curso médio Politécnico, com a Licenciatura e Doutoramento resultando na categoria Ensino Superior.

Gráfico 15

Agentes de socialização no início da PDA segundo o grau de escolaridade



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo o tipo de deficiência

Ao analisarmos os agentes de socialização segundo o tipo de deficiência podemos verificar que os amigos com deficiência são os que mais influenciaram os praticantes de BCR para o início da prática desportiva adaptada, como pressupunha a nossa primeira hipótese.

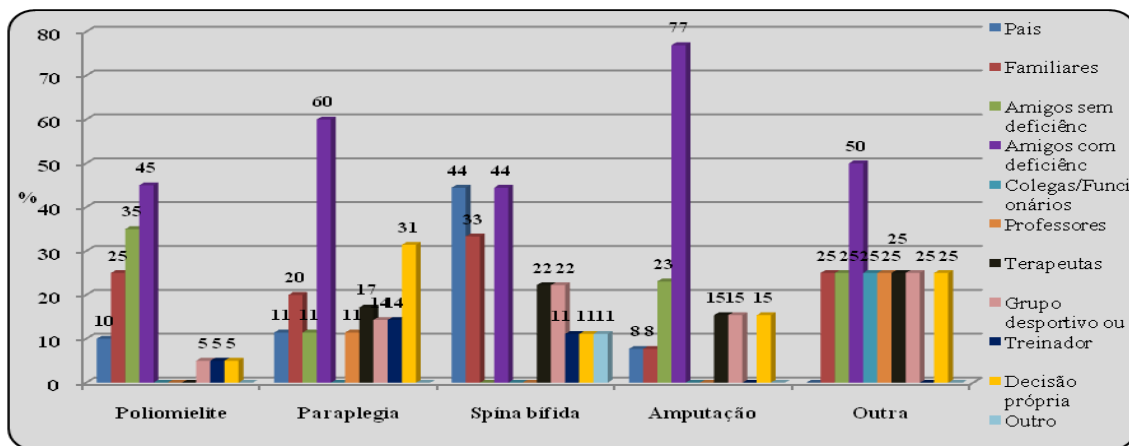
Os praticantes de BCR cuja deficiência seja a poliomielite apresentam os amigos com deficiência como o agente de socialização mais significativo no início da PDA (45%), seguindo-se os amigos sem deficiência (35%) e os familiares (25%). Os praticantes cuja deficiência seja a paraplegia apresentam os amigos com deficiência como os que mais influenciaram o início da sua PDA (60%), seguindo-se a decisão própria (31%). Os praticantes portadores de espinha bífida apresentam como principais agentes de socialização, com iguais percentagens, os amigos com deficiência e os colegas/funcionários da escola (44%), seguindo-se os familiares (33%). Os praticantes cujo tipo de deficiência motora seja a amputação apresentam igualmente os amigos com deficiência (77%) como principal agente de socialização, seguindo-se os amigos sem deficiência (23%). E, por último, os atletas que apresentam outro tipo de deficiência motora também apresentam como principal agente de socialização os amigos com deficiência (50%), como podemos observar no gráfico 16.

É de referir, também, que a influência familiar é menor no caso da amputação relativamente aos outros tipos de deficiência. E que no caso da poliomielite o grupo de pares são os que mais influenciaram o início da PDA. No caso dos praticantes

portadores de paraplegia, a sua decisão própria foi o segundo agente de socialização que mais influenciou os praticantes de BCR, ou seja, 43% da nossa população.

Gráfico 16

Agentes de socialização no início da prática desportiva segundo o tipo de deficiência



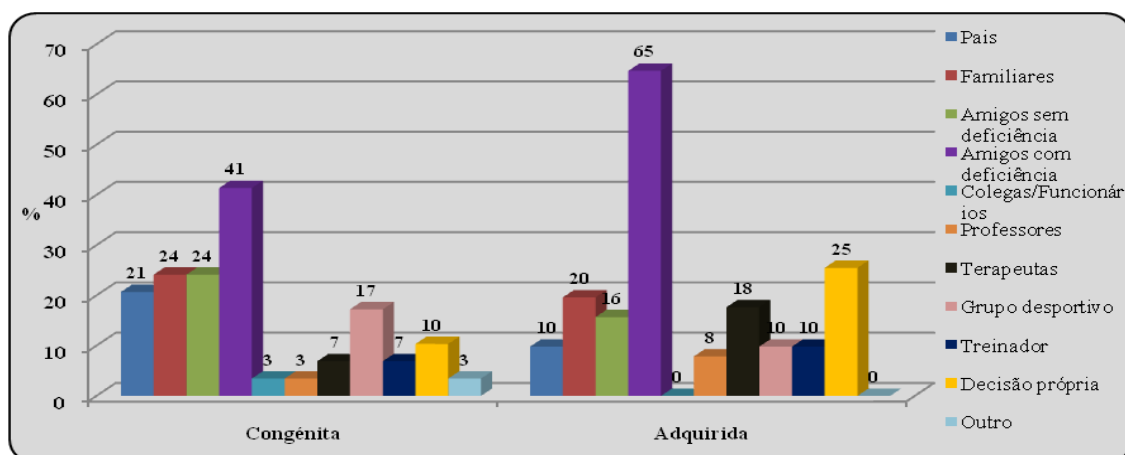
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo o período de aquisição

Analisando o período de aquisição da deficiência como forma de verificar se existem diferenças significativas entre os praticantes cuja deficiência seja congénita ou adquirida, verificamos que, de acordo com a análise do gráfico 17, tal como pressupunha a nossa hipótese, quer para os praticantes cuja deficiência motora seja congénita ou adquirida após a nascença, o principal agente de socialização para o início da PDA são os amigos com deficiência (respectivamente 41% e 65%). Contudo, é de realçar que para os praticantes cuja deficiência foi adquirida após a nascença, a decisão própria encontra-se como segundo agente de socialização, enquanto os praticantes cuja deficiência seja congénita, os familiares e os amigos sem deficiência apresentam-se como segundo agente de socialização (ambos 24%). Assim, a instituição familiar assume-se como um dos agentes de socialização mais significativo no início da PDA para os praticantes cuja deficiência seja congénita enquanto nos praticantes cuja deficiência foi adquirida após a nascença a instituição familiar e a decisão própria apresentam maior influência, a seguir aos amigos com deficiência, como já foi referido anteriormente.

Gráfico 17

Agentes de socialização no início da PDA segundo o período de aquisição



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

4.1.1. Apontamento Conclusivo

Como começamos por referir no início deste ponto, a nossa primeira hipótese pressupunha que, a maioria dos praticantes de BCR iniciaram a prática desportiva adaptada devido à influência exercida pelos seus amigos com deficiência, independentemente da sua idade, grupo social, grau de escolaridade, tipo de deficiência e período de aquisição.

Tendo por base a análise dos resultados da nossa amostra, verificámos que o agente principal de socialização é de facto os amigos com deficiência, confirmando-se a nossa hipótese segundo o tipo de deficiência, período de aquisição, grau de escolaridade e grupo social. Apenas não se confirmou relativamente à idade, em que verificámos que quer os mais novos quer os mais velhos apresentam como principal influência outros agentes de socialização que não os amigos com deficiência. O mesmo se verificou num estudo realizado por Kennedy (1980; *Ap. Williams, 1994a*), Hopper (1982; *Ap. Williams, 1994a*), Dickinson & Perkins (1985; *Ap. Williams, 1994a*) e Zoerink (1992) relativamente ao processo de socialização dos indivíduos com lesão medular, espinha bífida e amputações em que os seus pares e amigos são os principais agentes de socialização no início da prática desportiva, em atletas em cadeira de rodas, seguindo-se os agentes na comunidade (acções ou actividades de socialização, centros de recreativos e outros contextos não escolares).

Os pares têm sido reconhecidos na transmissão de hábitos desportivos (Williams & Taylor, 1994), pois estes encorajam os indivíduos a participarem no desporto em

cadeira de rodas (Hopper, 1982; *Ap.* Williams, 1994a). Também no estudo realizado por Williams & Taylor (1994), os corredores em cadeira de rodas são mais influenciados pelos seus pares do que por outros agentes de socialização, assim como noutra estudo realizado por Williams & Kolkka (1998) envolvendo praticantes de BCR. De igual modo, num estudo realizado em Portugal por Ferreira (2005) envolvendo igualmente praticantes de BCR, verificou-se que os amigos com deficiência são os principais agentes de socialização responsáveis pelo primeiro contacto na prática desportiva adaptada. Vários estudos sobre populações com outras deficiências chegaram à mesma conclusão (Sherrill & Rainbolt, 1986; *Ap.* Williams, 1994a; Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope, 1986; Sherrill, Pope & Arnold, 1986; *Ap.* Williams, 1994a).

No nosso estudo os praticantes mais jovens apresentam como principal influência os seus familiares, enquanto os mais velhos, os amigos com deficiência, familiares e terapeutas, encontram-se entre nos agentes que mais influenciaram o início da PDA.

Verificámos que os pares dos praticantes de BCR foram os que mais influenciaram o início da sua prática desportiva adaptada, seguindo-se a instituição familiar. Relativamente ao tipo de deficiência verificámos que nos vários tipos de deficiência a instituição familiar também teve um papel primordial para o início da prática desportiva adaptada, para além do grupo de pares, excepto nos praticantes paraplégicos em que a decisão própria teve o mesmo peso que a família no início da PDA.

Relativamente ao período de aquisição de deficiência verificámos que, para os praticantes cuja deficiência é congénita os pares são os agentes de socialização mais influentes no início da PDA seguindo-se a instituição familiar, enquanto para os praticantes que adquiriram a deficiência após a nascença a instituição familiar e a decisão própria são os agentes de socialização que se seguem ao grupo de pares. Também num estudo realizado por Zoerink (1992) foram encontradas diferenças entre os indivíduos com deficiência congénita e adquirida, em que os indivíduos com deficiência congénita são mais influenciados pelos terapeutas e membros familiares do que por outros praticantes com deficiência. No entanto, este grupo é tão heterogéneo que é difícil fazer generalizações exploratórias.

Por outro lado, uma grande percentagem de atletas com deficiência adquirida via-se como agente de socialização primária (Zoerink, 1992), como acontece no nosso estudo. No nosso estudo também encontramos outras diferenças entre os praticantes

com deficiência congénita e adquirida. Nos praticantes com deficiência congénita, o grupo desportivo que apresenta uma maior influência nos praticantes com deficiência adquirida são os treinadores que influenciam os praticantes de BCR. No estudo realizado por Zoerink (1992) outros atletas, especialistas em recreação terapêutica e terapeutas físicos, também foram importantes agentes de socialização importantes para atletas com deficiência adquirida. Talvez porque estes profissionais tivessem incentivado a sua participação e fornecido conhecimento nas actividades desportivas durante o seu internamento hospitalar (Zoerink, 1992).

Na idade, a instituição familiar é o principal agente de socialização nos praticantes de BCR, como já foi referido. Na maioria dos escalões etários, a instituição familiar, para além dos amigos com deficiência, teve grande influência no início da PDA, com excepção nos praticantes cujo escalão etário se situe entre os 51 e 60 anos, em que esta não teve qualquer influência. É de referir que a decisão própria também foi preponderante para o início da PDA nos praticantes com idades superiores a 18 anos.

No que concerne ao grau de escolaridade, a instituição familiar teve uma grande influência no início da PDA nos praticantes cujas habilitações são superiores ao 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Por último, a instituição familiar reflecte maior influência nos grupos sociais com maiores recursos. No grupo social com menores recursos sociais a decisão própria assume-se como segundo agente de socialização.

Face à análise dos dados, podemos concluir que, o grupo de pares e a instituição familiar são os agentes de socialização que mais contribuíram para o início da prática desportiva dos praticantes de BCR. Relativamente à família os nossos resultados estão de acordo com outros estudos realizados por Whidden (1986; *Ap. Williams, 1994a*), em que a família surge como sendo o agente de socialização mais importante para atletas com paralisia cerebral. Isto parece contrastar com Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope (1986); Sherrill & Rainbolt (1986; *Ap. Williams, 1994a*); Sherrill, Pope & Arnold (1986; *Ap. Williams, 1994a*) e Dickinson & Perkins (1985; *Ap. Williams, 1994a*) que concluíram que a família não desempenhava um papel importante na socialização desportiva para atletas com deficiência visual e paralisia cerebral, ou mesmo com Zoerink (1992), quando refere que a escola e a família são os agentes de socialização menos importantes.

4.2. AGENTES DE SOCIALIZAÇÃO AO LONGO DA CARREIRA DESPORTIVA ADAPTADA

A nossa segunda hipótese pressupunha que, segundo a opinião dos praticantes de BCR, a importância da prática desportiva adaptada atribuída pelos seus colegas com deficiência e treinadores é determinante para a continuidade da sua carreira desportiva, quando comparada com a de outros agentes de socialização, independentemente da idade, do grupo social, do tipo de deficiência e do período de aquisição.

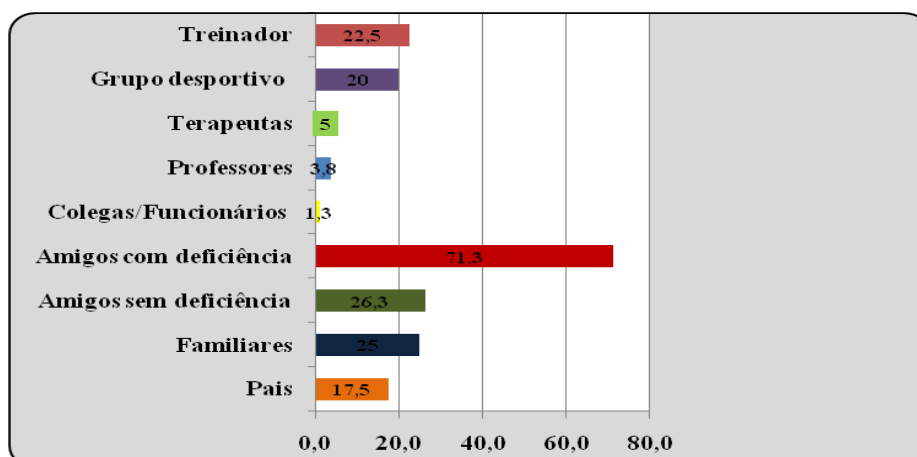
Assim, com o objectivo de averiguar a veracidade desta hipótese, analisámos a influência dos agentes de socialização ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR na motivação para esta prática desportiva adaptada, segundo o tipo de deficiência, o período de aquisição, a idade e o grupo social.

Ao compararmos os vários agentes de socialização determinantes para a continuidade da carreira desportiva do atleta, ou seja, quem exerce uma influência decisiva na motivação para a prática desportiva adaptada, verificamos que os amigos com deficiência (71,3%) são os agentes mais determinantes para o BCR, seguindo-se os amigos sem deficiência (26,3%), os familiares (25%), o treinador (22,5%), o grupo desportivo ou associação de indivíduos com deficiência (20%), os terapeutas (5%), os professores (3,8) e os colegas e funcionários da escola (1,3%), como podemos observar no gráfico 18.

No geral, os pares (97,6%) são os agentes de socialização que mais desempenham um papel importante na motivação dos praticantes com deficiência para a prática desportiva adaptada, ao longo da sua carreira desportiva. Seguindo-se a instituição familiar e a instituição desportiva, com iguais percentagens (42,5%). A instituição escolar e hospital exercem uma influência reduzida na motivação das carreiras desportivas dos praticantes de BCR (5,1% e 5%, respectivamente), como podemos observar no gráfico 18.

Gráfico 18

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo a idade

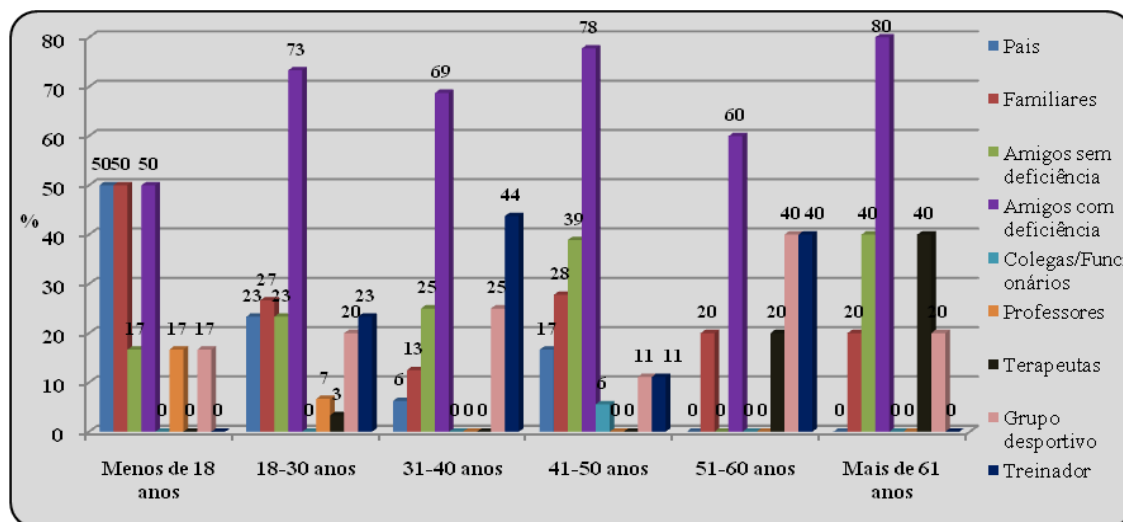
Ao analisar a idade verificámos que existe um maior grau de homogeneidade quando esta importância se refere aos seus colegas com deficiência, contudo, apresenta uma maior heterogeneidade quando se refere aos treinadores.

Os amigos com deficiência apresentam uma distribuição mais equitativa nos vários grupos etários, embora nos praticantes com idades inferiores a 18 anos exista uma influência decisiva análoga por parte dos pais e familiares. O treinador é a segunda influência mais decisiva ao longo das carreiras desportivas dos praticantes de BCR, nomeadamente no grupo entre os 31 e 40 anos e no grupo entre os 51 e 60 anos. Desta forma, a nossa segunda hipótese verifica-se apenas relativamente aos amigos com deficiência, de acordo com o gráfico 19. O treinador não exerce qualquer influência nos praticantes com idades mais jovens e mais avançadas.

À semelhança do que foi referido anteriormente, o grupo de pares é o agente de socialização que mais influencia a prática desportiva dos praticantes de BCR segundo a sua opinião, embora não se suceda no grupo de praticantes com idades inferiores a 18 anos, onde a instituição familiar exerce uma maior influência na continuidade da carreira desportiva dos praticantes de BCR e no grupo de praticantes com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos, onde a instituição desportiva exerce maior influência (v. gráfico 19).

Gráfico 19

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo a idade



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

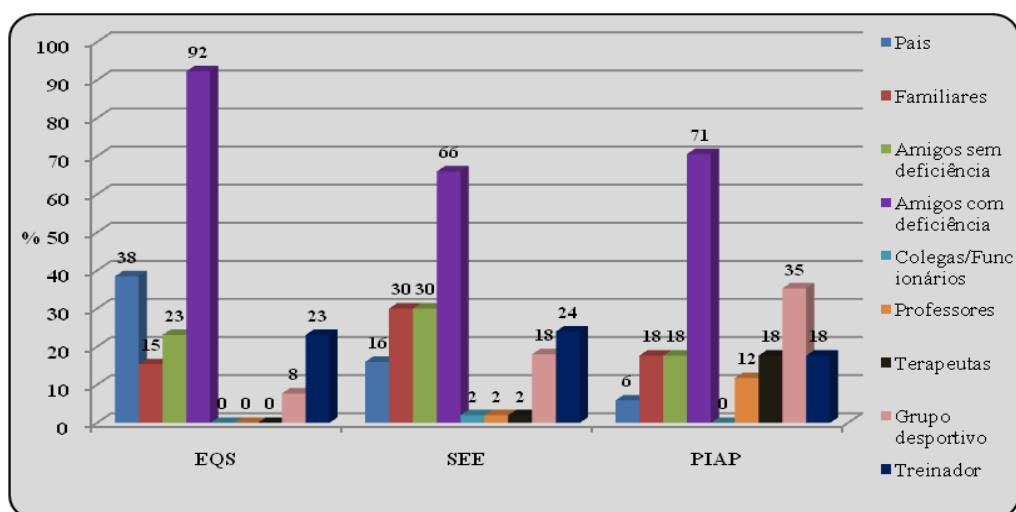
Segundo o Grupo Social

A influência exercida nos praticantes de BCR segundo o grupo social apresenta paridades relativamente aos amigos com deficiência, tal como pressuponha a nossa segunda hipótese, e diferenças relativamente à influência exercida pelo treinador, como podemos verificar no gráfico 20. No grupo dos EQS os amigos com deficiência exercem maior influência na motivação para prática desportiva, seguindo-se o grupo PIAP e os SEE. Apesar de verificarmos que existe motivação ao longo da carreira dos praticantes de BCR pelos treinadores, esta não se torna decisiva na continuidade da carreira desportiva neste desporto adaptado.

Da mesma forma, o grupo de pares é o agente de socialização que mais influencia os praticantes de BCR ao longo da sua carreira desportiva. Por outro lado, a influência exercida pela instituição desportiva é maior no grupo PIAP e vai diminuindo ao nível dos grupos sociais com maiores recursos. Assim, esta variável é inversamente proporcional aos recursos dos diferentes grupos sociais. Relativamente à instituição familiar, esta apresenta uma maior influência nos praticantes com maiores recursos e vai diminuindo nos grupos sociais com menores recursos, sendo deste modo, directamente proporcional aos recursos sociais.

Gráfico 20

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo o grupo social



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo o tipo de deficiência

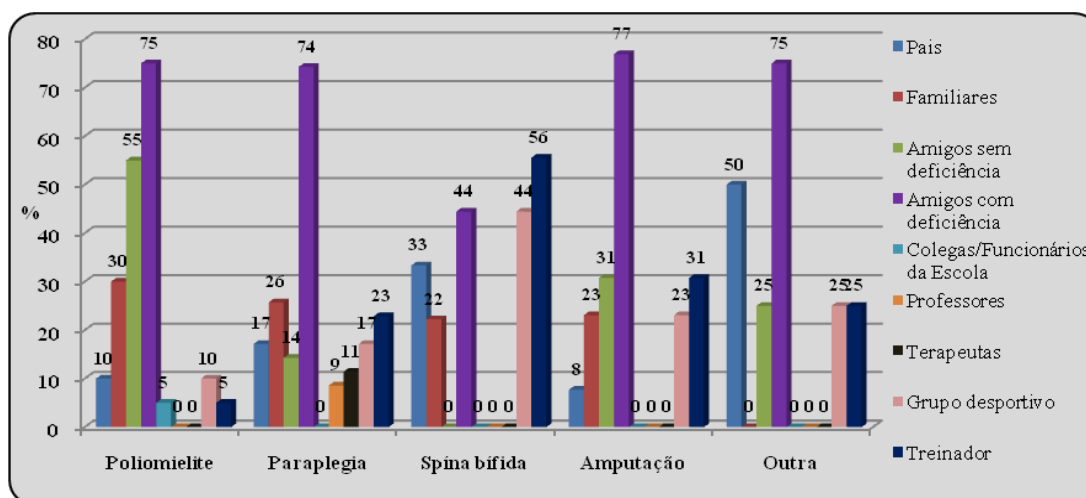
Segundo o tipo de deficiência, o principal agente de socialização, na maioria dos tipos de deficiência é, sem dúvida, os amigos com deficiência, como podemos verificar no gráfico 21. Não acontecendo nos praticantes com espinha bífida que revelaram que os treinadores são os principais motivadores ao longo das suas carreiras desportivas (56%), seguindo-se os amigos com deficiência e o grupo desportivo (ambas as categorias com 44%).

Para além disso, podemos verificar que o grupo de pares, na maioria dos tipos de deficiência, exerce uma grande motivação nos praticantes de BCR ao longo das suas carreiras, não se verificando apenas nos praticantes com espinha bífida em que a motivação provém fundamentalmente da instituição desportiva, que vem de encontro aos agentes de socialização que contribuem para a continuidade da carreira desportiva dos praticantes de BCR.

A instituição familiar, para além do grupo de pares, exerce grande influência ao longo das carreiras desportivas dos praticantes com poliomielite (40%) e paraplegia (43%). A instituição familiar, para além da instituição desportiva, exerce grande influência na continuidade da carreira desportiva do praticante de BCR com espinha bífida (55%). No caso, dos praticantes com amputação, a instituição desportiva (que representa 54%) também exerce uma influência positiva na continuidade das suas carreiras desportivas, para além do grupo de pares.

Gráfico 21

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo o tipo de deficiência



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Segundo o período de aquisição

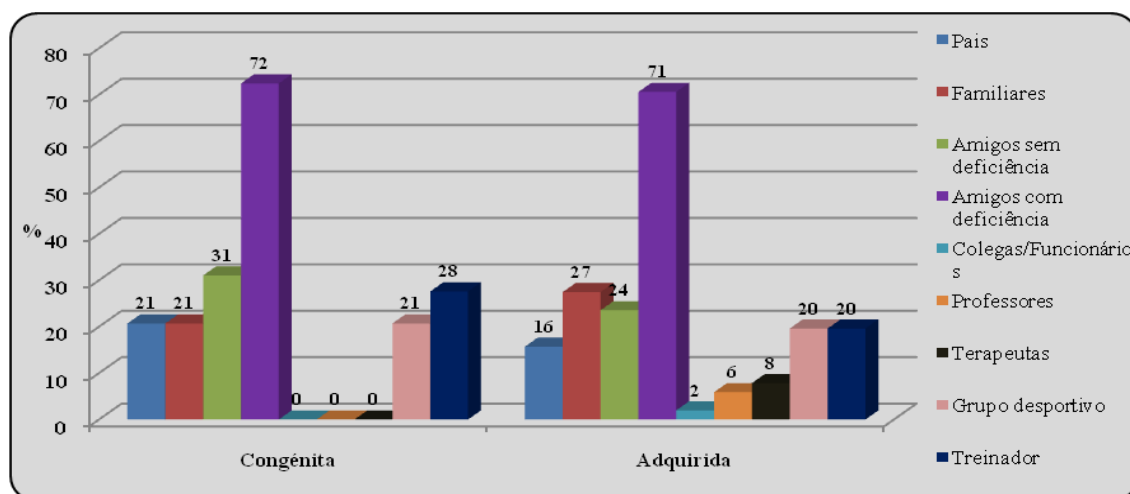
Como forma de analisar se existem diferenças significativas nos praticantes de BCR relativamente ao período de aquisição da deficiência, verificamos que os amigos com deficiência continuam a ser aqueles que mais motivam os praticantes de BCR ao longo das suas carreiras desportivas, como pressupunha a nossa hipótese. No caso dos praticantes cuja deficiência é congénita, esta influência representa 72%, e no caso dos praticantes cuja deficiência foi adquirida a influência dos amigos com deficiência representa 71%.

Contudo, no caso do treinador, a sua influência poderia ser maior. No caso dos praticantes com deficiência congénita é de 28%, enquanto nos praticantes com deficiência adquirida é de apenas 20%.

Tanto nos praticantes cuja deficiência é congénita ou adquirida, o grupo de pares é aquele que exerce maior motivação. Os praticantes cuja deficiência é congénita ou adquirida apresentam diferenças quando analisamos as instituições. No caso dos praticantes com deficiência congénita, a instituição desportiva exerce maior motivação ao longo da carreira desportiva dos atletas do que a instituição familiar, enquanto nos praticantes com deficiência adquirida observamos que se sucede o oposto, como podemos verificar no gráfico 22. Para além disso, é de referir que nem a instituição escolar nem hospitalar exerce qualquer tipo de motivação ao longo da carreira desportiva nos praticantes de BCR cuja deficiência é congénita, segundo a sua opinião.

Gráfico 22

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva, segundo o período de aquisição



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

4.2.1. Apontamento Conclusivo

A nossa segunda hipótese pressupunha que, segundo a opinião dos praticantes de BCR, a importância da prática desportiva adaptada atribuída pelos seus colegas com deficiência e treinadores é determinante para a continuidade da sua carreira desportiva quando comparada com a de outros agentes de socialização, independentemente da idade, do grupo social, do tipo de deficiência e do período de aquisição.

Com base na análise e discussão dos resultados obtidos na nossa amostra de praticantes de BCR, podemos constatar que a nossa hipótese é em parte confirmada, pois, para a maioria dos praticantes de BCR, no principal agente de socialização encontram-se os seus amigos com deficiência, não se verificando apenas nos praticantes com espinha bífida que consideram como principal agente de socialização o treinador, seguindo-se os amigos com deficiência e os professores. Nos praticantes com idade inferior a 18 anos e idade superior a 61 anos, o treinador não exerce qualquer tipo de motivação ao longo das suas carreiras desportivas. Estes dados vêm de encontro do estudo realizado por Williams & Kolkka (1998) que também concluiu que os agentes de socialização ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR no Reino Unido são os pares – praticantes de BCR.

Também, num estudo realizado por Ferreira (2005) os amigos com deficiência são dos agentes que exerceram maior influência na continuidade da carreira desportiva de indivíduos com deficiência.

Para além dos pares – praticantes de BCR –, segundo Williams & Kolkka (1998), os treinadores também têm igual importância na socialização ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR, contrariamente ao nosso estudo, em que o treinador não exerce grande influência ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR, como se tinha pressuposto, acontecendo apenas nos praticantes com espinha bífida como já foi referido.

Apesar de terem sido referidos os Professores e Colegas/Funcionários como agentes de socialização presentes ao longo da carreira desportiva dos praticantes de BCR, estes desempenham um papel com pouca importância. O mesmo sucede no estudo realizado por Williams & Kolkka (1998), onde estes agentes de socialização nem sequer foram referidos. Contrariamente, os Professores foram os principais agentes que exerceram influência decisiva em termos de motivação para a PDA ao longo da carreira do atleta em estudos sobre atletas com deficiência mental ligeira – praticantes regulares de Atletismo e com deficiência motora –, e praticantes de BCR (Ferreira, 2005).

Na maioria dos casos, os pares são os agentes de socialização que mais contribuem para a continuidade da carreira desportiva dos praticantes de BCR segundo a sua opinião, contudo, tal não sucede, entre os praticantes com espinha bífida e os praticantes com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos, para os quais a instituição desportiva exerce uma maior influência; e os praticantes com menos de 18 anos que recebem maior motivação por parte dos pais e familiares.

Relativamente ao grupo social, a influência exercida pela instituição desportiva é maior no grupo PIAP e vai diminuindo ao nível dos grupos sociais com maiores recursos. Deste modo, a influência desta variável é inversamente proporcional aos recursos dos grupos sociais. No que concerne à instituição familiar, esta apresenta uma maior influência nos praticantes com maiores recursos e vai diminuindo nos grupos sociais com menores recursos, sendo desta forma, directamente proporcional aos recursos dos grupos sociais.

4.3. INCENTIVOS À PRÁTICA DESPORTIVA ADAPTADA

A nossa terceira hipótese pressupõe que, a maioria dos praticantes de BCR recebe um maior incentivo por parte do treinador e amigos com deficiência do que pelas suas famílias ou outros indivíduos dos meios sociais em que se encontram inseridos, ainda que estes manifestem hábitos desportivos. Para poder testar esta terceira hipótese, segundo a metodologia definida anteriormente, iremos começar por analisar os hábitos desportivos dos familiares (ou pessoas com quem vivem) e amigos dos praticantes de BCR, e, de seguida a sua auto-representação sobre os incentivos recebidos pelos diferentes agentes de socialização à sua prática desportiva adaptada.

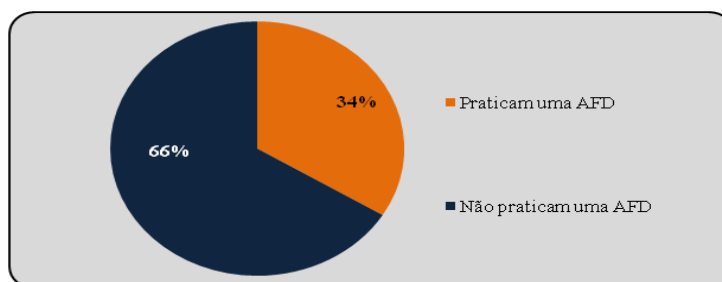
4.3.1. Hábitos Desportivos dos Familiares ou Pessoas com Quem Vivem, Filhos e Amigos/Colegas dos Praticantes de BCR

Familiares dos atletas de BCR ou pessoas com quem vivem

Quando analisamos a actividade física desportiva das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR verificamos que apenas 34% praticam uma AFD, enquanto 66% não apresentam qualquer actividade física desportiva ou uma prática desportiva (v. gráfico 23).

Gráfico 23

AFD das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR



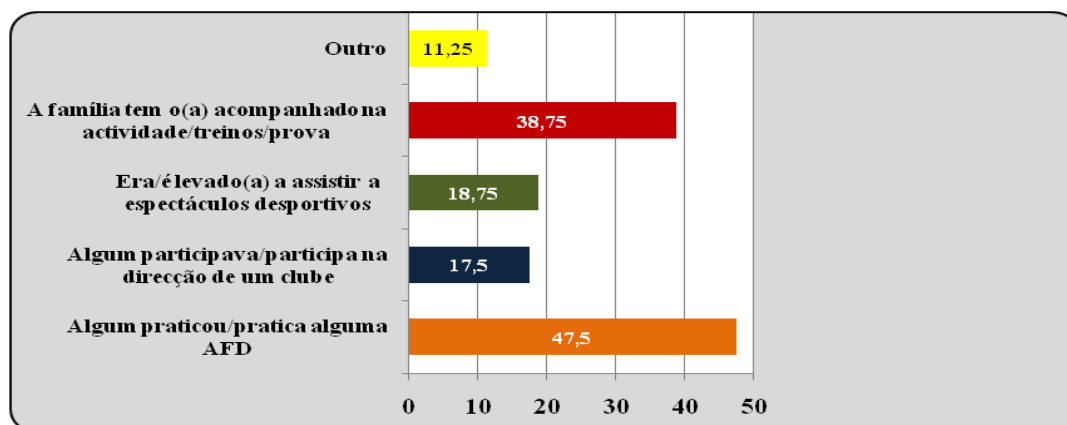
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

No entanto, apenas em 11% dos casos não se encontram hábitos desportivos, sendo que em 47,5% dos casos, a família pratica ou já praticou um desporto; em 38,75% dos casos a família acompanha os praticantes na sua actividade/treinos/prova desportiva; em 18,75% dos casos os praticantes são ou já foram levados a assistir a espectáculos

desportivos; e 17,5 dos casos participava ou participa na direcção de um clube ou associação (v. gráfico 24).

Gráfico 24

Hábitos desportivos dos familiares



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Relativamente à análise da prática desportiva dos filhos, o nosso universo de análise reduz-se a apenas 21 atletas da nossa amostra (26,25%) que nos afirmaram ter filhos com mais de 6 anos. Destes, 12 afirmaram que os seus filhos praticam uma AFD (57%), sendo que os restantes 9 não praticam nenhuma actividade física desportiva (43%). Dos que praticam, a maioria desenvolve-a no âmbito do desporto escolar (8 casos, 38%), seguindo-se o desporto federado (4 casos, 19%) e o desporto de lazer (2 casos, 10%)¹². Os resultados obtidos, sugerem que a maioria dos familiares dos atletas do BCR tem hábitos desportivos.

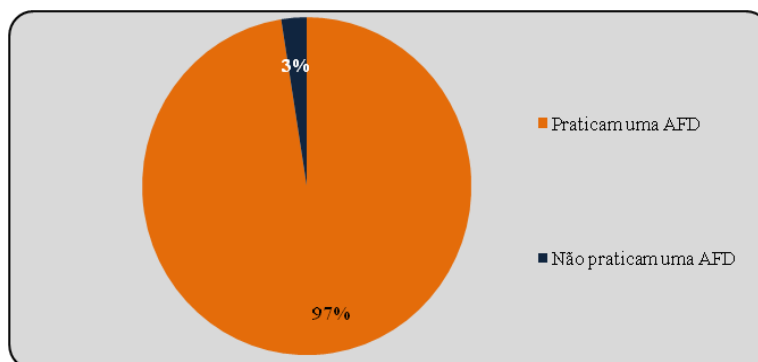
Amigos e colegas dos atletas de BCR

No gráfico 25, apresenta-se a actividade física desportiva dos amigos e colegas dos praticantes de BCR. Como podemos verificar apenas 3% não apresentam qualquer tipo de actividade física desportiva.

¹² Em dois casos foram referidos mais do que um âmbito de prática.

Gráfico 25

AFD dos amigos/colegas dos praticantes de BCR



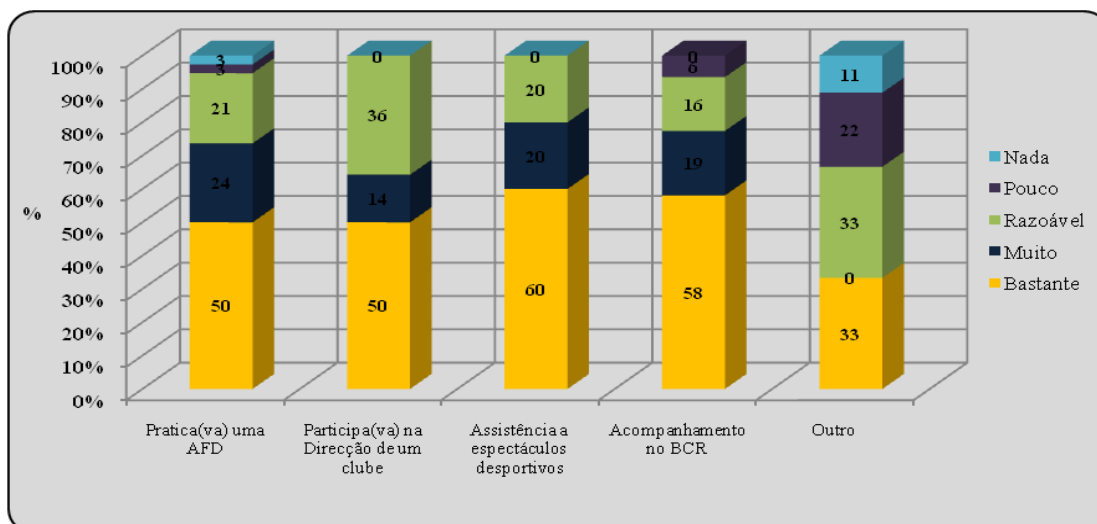
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

4.3.2. Auto-representação dos Incentivos Recebidos pelos Vários Agentes de Socialização

Ao analisarmos os hábitos desportivos dos familiares e os incentivos por eles dados aos praticantes de BCR, segundo a sua opinião, verificamos, conforme gráfico 26, que os familiares que apresentam hábitos desportivos incentivam mais os praticantes de BCR do que aqueles que não apresentam hábitos desportivos, como é o caso da categoria de 'Outro'. Nesta categoria os incentivos relativos a 'Pouco' e 'Nada' (33%) apresentam maiores percentagens do que em qualquer outra categoria relativa aos hábitos desportivos. No caso dos familiares que participam ou já participaram na direcção de um Clube/Associação ou então que levam os praticantes de BCR a assistir a espectáculos desportivos não apresentam qualquer percentagem na variável 'Nada' e 'Pouco'. Também os familiares que praticam ou já praticaram uma AFD ou então que acompanham os praticantes de BCR ao longo dos treinos e da competição apresentam no total 6% nas variáveis 'Pouco' e 'Nada'.

Gráfico 26

Incentivos e hábitos desportivos dos familiares dos praticantes de BCR

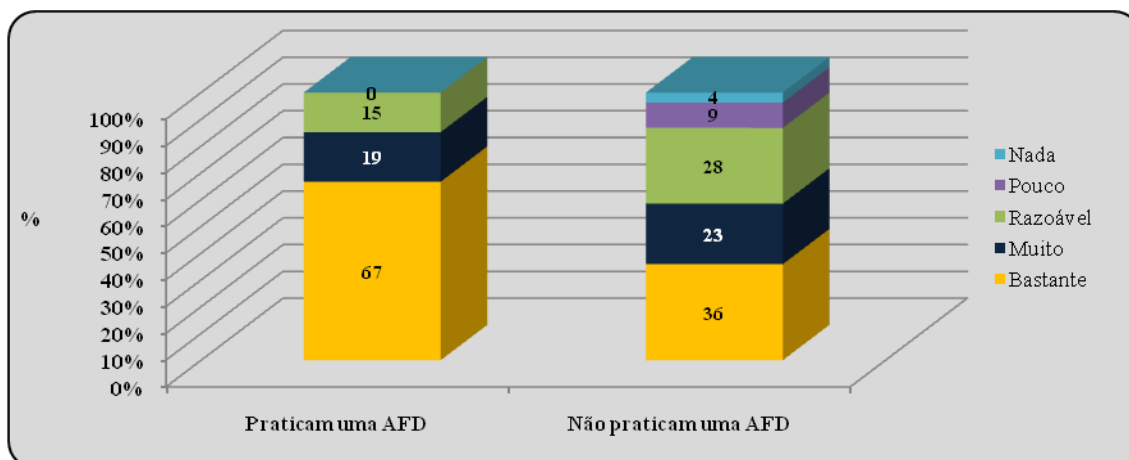


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Assim, os dados sugerem que as pessoas com quem vivem os praticantes de BCR que praticam uma actividade física incentivam-nos mais, segundo nos afirmaram, do que aqueles que não praticam uma actividade física. Por exemplo, as pessoas com quem vivem os praticantes de BCR que praticam uma actividade física incentivam 67% na categoria ‘Bastante’, enquanto aqueles que não praticam uma actividade física incentivam 36% nesta categoria. Para além disso, os que não praticam apresentam maiores percentagens nas categorias ‘Razoável’, ‘Pouco’ e ‘Nada’ (v. gráfico 27).

Gráfico 27

Incentivos das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR segundo a sua prática desportiva

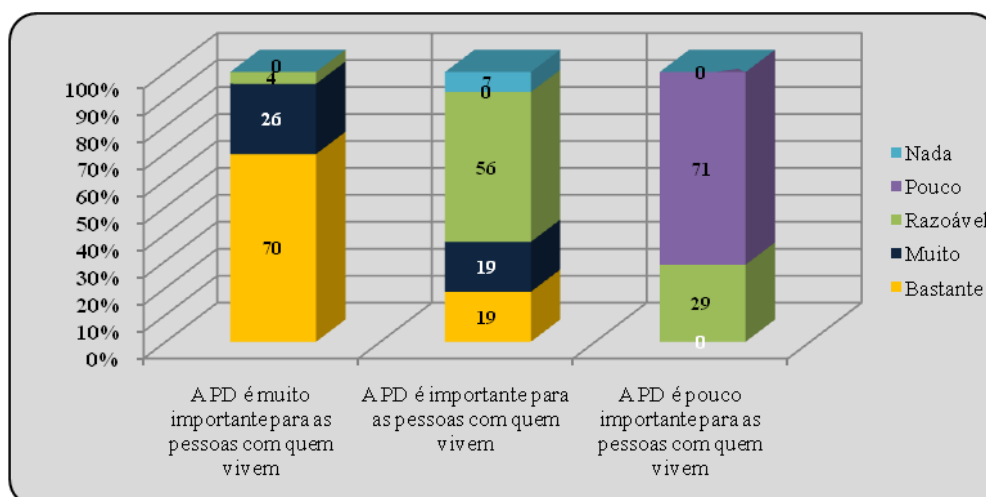


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Quando as pessoas com quem vivem os praticantes de BCR consideram, segundo a opinião dos atletas que o BCR é ‘Muito importante’.os incentivos são maiores, decrescendo quando as pessoas com quem vivem dão menos importância a esta prática, resultando desta forma em menos incentivos. Assim, verificamos que a importância do BCR para as pessoas com quem vivem é directamente proporcional aos incentivos que recebem, ou seja, quanto mais importante é esta prática, mais incentivos recebem por parte das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR, como podemos observar no gráfico 28.

Gráfico 28

Importância da PD do BCR para as pessoas com quem vivem segundo os seus incentivos

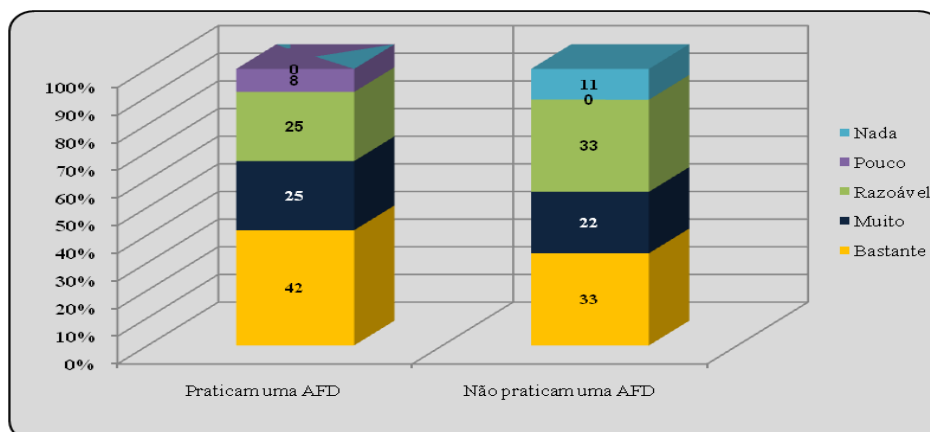


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Também os praticantes de BCR com filhos recebem maior incentivo dos filhos que mantém uma actividade física desportiva do que daqueles que não têm uma actividade física desportiva (v. gráfico 29).

Gráfico 29

Importância da PD do BCR para os filhos segundo a sua prática desportiva

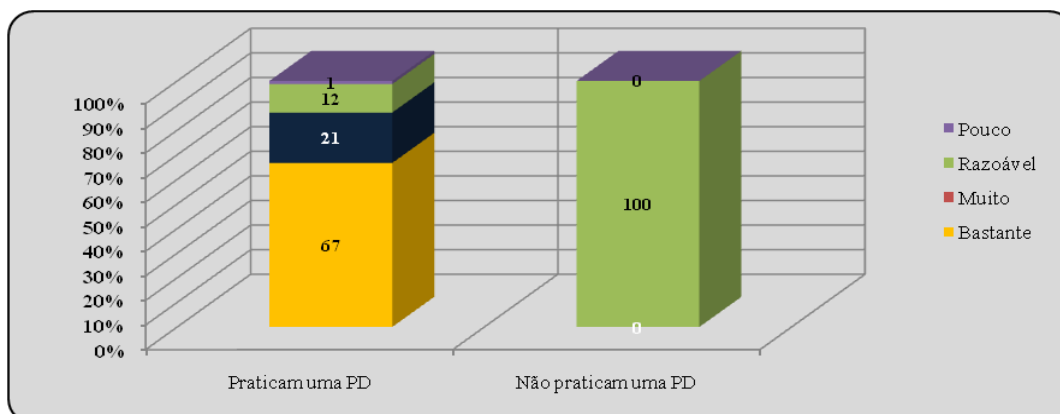


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Relativamente aos amigos/colegas dos praticantes de BCR verificamos que o incentivo é maior quando estes praticam um desporto ou uma actividade física desportiva, tal como sucede com as pessoas com quem vivem os praticantes de BCR (v. gráfico 30).

Gráfico 30

Incentivos dos amigos/colegas dos praticantes de BCR segundo a sua prática desportiva



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

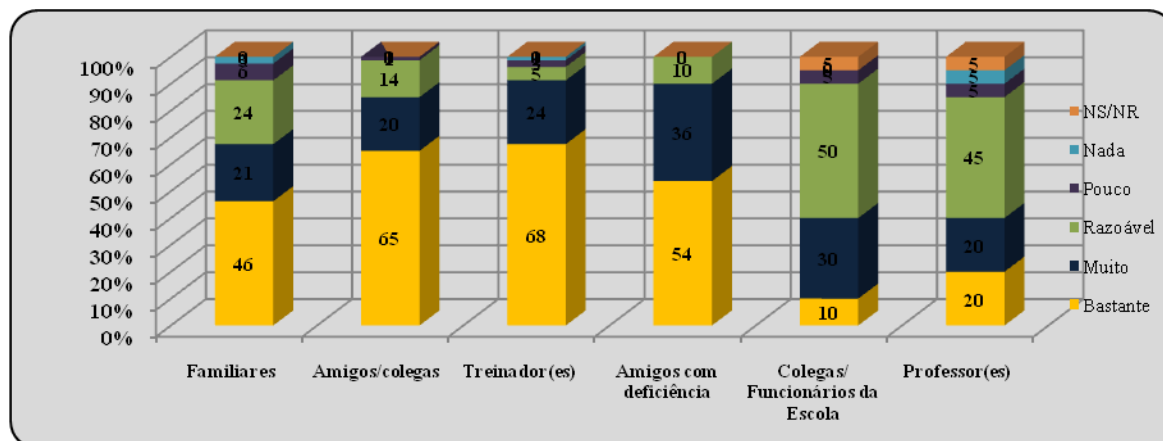
Para podermos completar a discussão da nossa hipótese, haverá que comparar os incentivos à prática desportiva dos praticantes de BCR segundo a sua auto-representação pelos familiares/pessoas com quem vive, filhos, amigos/colegas, treinador, amigos com deficiência, colegas/funcionários da escola e professores, como elucidada o gráfico 31.

Através da análise deste gráfico verificamos que o treinador é quem mais incentiva os praticantes de BCR (68%, na categoria 'Bastante' e, 30% na categoria

‘Muito’), como pressupunha a nossa terceira hipótese, seguindo-se o incentivo dado pelos amigos/colegas (65%, na categoria ‘Bastante’ e, 20% na categoria ‘Muito’), os amigos com deficiência (54%, na categoria ‘Bastante’ e, 36% na categoria ‘Muito’) e os familiares (46%, na categoria ‘Bastante’ e, 21% na categoria ‘Muito’).

Gráfico 31

Incentivos dos familiares, amigos/colegas, treinadores, amigos com deficiência, colegas/funcionários da escola, professores dos praticantes de BCR



Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

No entanto, como já vimos anteriormente, os familiares dos praticantes de BCR que apresentam hábitos desportivos incentivam-nos mais (67% ‘Bastante’ e 19% ‘Muito’) do que os que não têm hábitos desportivos, embora os treinadores sejam os que mais incentivam os praticantes de BCR (68% ‘Bastante’ e 24% ‘Muito’), como pressupõe a nossa hipótese.

A instituição escolar apoia razoavelmente os praticantes de BCR na sua prática desportiva (colegas /funcionários da escola, 50%; professores, 45%). Como podemos verificar no gráfico 19, as percentagens obtidas na categoria razoável são superiores ao somatório das categorias ‘Bastante’ e ‘Muito’.

Tanto os amigos sem deficiência ou com deficiência prestam grande incentivo à prática desportiva dos praticantes de BCR. Estas percentagens são superiores quando comparadas com a instituição familiar, ainda que com valores próximos entre os amigos/colegas e os familiares com hábitos desportivos (respectivamente em ‘Bastante’ e ‘Muito’ 85% e 86%). Já se considerarmos a reunião das categorias ‘Bastante e ‘Muito’, o maior incentivo vem da parte dos amigos com deficiência (90%), ainda que o valor mais elevado se registre no incentivo vindo dos treinadores (92%).

4.3.3. Apontamento Conclusivo

A nossa terceira hipótese pressupunha que, a maioria dos praticantes de BCR recebe um maior incentivo por parte do treinador e amigos com deficiência do que pelas suas famílias ou outros indivíduos dos meios sociais em que se encontram inseridos, ainda que estes manifestem hábitos desportivos.

Após o estudo desta hipótese verificamos que, apenas 11% dos familiares dos praticantes de BCR não manifestam hábitos desportivos e que, ainda assim, os praticantes de BCR recebem maiores incentivos por parte do treinador e dos seus amigos com deficiência do que pelas suas famílias (ou pessoas com quem vivem), incluindo as com hábitos desportivos, confirmando-se, desta forma, a nossa hipótese.

No entanto, podemos concluir que o incentivo dado aos praticantes de BCR pelos seus familiares é menor quando estes não apresentam hábitos desportivos. Os dados sugerem, assim, que a influência exercida no incentivo à prática desportiva dos praticantes de BCR pelas pessoas com quem vivem é maior quando estas manifestam uma prática desportiva e quando a prática do BCR se revela importante para eles. De acordo com Moore *et al.* (1991; *Ap.* Shropshire & Carroll), confirma-se uma forte e positiva relação entre pais e crianças fisicamente activas. Segundo eles, as crianças estão mais predispostas a participar no desporto se os seus pais foram ou são actualmente praticantes, do que crianças que tenham pais inactivos. O mesmo sucede aos praticantes de BCR com filhos em que o incentivo dado por eles, quando praticam uma actividade física, é maior do que quando sucede o oposto.

Da mesma forma, os amigos/colegas dos praticantes de BCR que praticam uma actividade física têm uma maior influência nos praticantes de BCR do que aqueles que não praticam uma actividade física. Estes resultados vão ao encontro do que afirma McPherson, Curtis & Loy (1989), de que os indivíduos tendem a reduzir o seu envolvimento no desporto se o seu grupo de amigos não se encontrar orientado para a prática desportiva. Pelo contrário, se os seus amigos estiverem associados a algum desporto, também estes procuram envolver-se, como já foi referido anteriormente.

Relativamente à prática desportiva actual das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR e dos seus amigos, verificámos que 66% das pessoas com quem vivem não praticam actividade física. Contudo, apenas 3% dos seus amigos não apresentam qualquer tipo de actividade física.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A população portadora de uma deficiência enfrentou ao longo de muitos anos um conjunto de entraves à participação na sociedade em que se encontra inserida. Apenas há algumas décadas atrás começou a existir legislação que contribuiu para a igualdade de direitos e de oportunidades perante a sociedade. Contudo, ainda hoje, a população portadora de deficiência enfrenta barreiras no acesso à vida em sociedade, tal como podemos constatar para a população portadora de uma deficiência motora.

Nas últimas décadas tem existido um crescente interesse no estudo das populações portadoras de deficiência, onde se inclui a deficiência motora. Como concluem variados estudos referidos no Capítulo I, o desporto assume-se como uma forma de contribuir para a socialização das pessoas com deficiência motora, bem como para a sua integração na sociedade, contribuindo também para o seu bem-estar físico, mental, psicológico e social.

Através do processo de socialização podemos compreender como certos indivíduos se envolvem na actividade física e no desporto (socialização para o desporto), e em que medida são transferíveis para as situações da vida quotidiana os comportamentos apreendidos no desporto (socialização através do desporto).

Para a população com deficiência, o processo de socialização difere da população dita normal bem como também de deficiência para deficiência, ou seja, de grupo para grupo, comprovando o pressuposto de que os indivíduos com deficiência vivem a sua vida em contextos sociais diferenciados, sendo, desta forma, de esperar que a influência exercida pelos vários agentes de socialização difira de grupo para grupo e de acordo com o contexto social em que a prática desportiva ocorre.

Esta realidade suscitou o nosso interesse em saber quais os agentes de socialização que desempenharam um papel preponderante na motivação dos praticantes com deficiência para a prática desportiva, tanto em termos de iniciação como ao longo da sua carreira desportiva, neste caso, para a prática do Basquetebol em cadeira de rodas (BCR), e nos incentivos que os praticantes recebem das pessoas com quem vivem/familiares, filhos e amigos/colegas segundo as suas auto-representações.

Com base na revisão da literatura (cf. Capítulo I) recolhemos o contributo de vários autores que nos permitiu delinear o nosso objecto de estudo, que pretende saber **se os praticantes de BCR iniciaram a sua carreira desportiva devido aos hábitos de cultura físico-desportiva adquiridos nos diferentes meios sociais em que se**

inserem, nomeadamente, a família, a escola e o grupo de amigos com deficiência, e se estes meios sociais continuam a exercer uma influência decisiva na continuidade da sua carreira desportiva.

De forma a tirarmos ilações do nosso objecto de estudo, foram formuladas as nossas hipóteses, sendo que a primeira investiga se a maioria dos praticantes de BCR iniciou a prática desportiva adaptada devido à influência exercida pelos seus amigos com deficiência, independentemente da sua idade, grupo social, grau de escolaridade, tipo de deficiência e período de aquisição (HIPÓTESE 1), e se a importância da prática desportiva adaptada atribuída pelos seus colegas com deficiência e treinadores é determinante para a continuidade da carreira desportiva do praticante de BCR, quando comparada com a de outros agentes de socialização, independentemente da idade, do grupo social, do tipo de deficiência e do período de aquisição (HIPÓTESE 2) e, por último, se a maioria dos praticantes de BCR recebe um maior incentivo por parte do treinador e amigos com deficiência do que pelas suas famílias ou outros indivíduos dos meios sociais em que se encontram inseridos, ainda que estes manifestem hábitos desportivos (HIPÓTESE 3).

De modo a averiguarmos a veracidade das nossas hipóteses, elaborámos uma metodologia que nos permitiu a construção do instrumento de recolha de informação, isto é, o inquérito sociográfico (cf. Anexo I) que contém toda a informação necessária para testarmos as nossas hipóteses e, assim, retirarmos as conclusões do estudo realizado.

O estudo foi dirigido a todos os praticantes de BCR resultando numa amostra constituída por 80 praticantes (cf. Capítulo II). Os dados recolhidos através da aplicação do inquérito sociográfico foram tratados para posterior análise através do programa informático de estatística denominado SPSS. No capítulo IV foram analisados e discutidos os resultados de forma a verificar se as nossas hipóteses se comprovam.

Vários estudos têm identificado como principais agentes de socialização a família, a escola, os pares e a comunidade. No desporto adaptado são introduzidos outros agentes de socialização, nomeadamente, terapeutas, e amigos e/ou pares com deficiência que influenciam os indivíduos portadores de deficiência a inicializarem uma prática desportiva. Estes agentes são particulares dos indivíduos com deficiência devido à natureza do desporto adaptado e ao sistema social na qual está inserida a deficiência. Devido à falta generalizada de conhecimentos na actividade física adaptada ou no desporto adaptado, os que têm contacto directo com os indivíduos com deficiência,

nomeadamente outros indivíduos com deficiência ou então aqueles que trabalham com indivíduos com deficiência tornam-se importantes agentes de socialização.

De acordo com a análise e discussão dos nossos resultados, concluímos que os amigos com deficiência são os principais agentes de socialização no início da prática desportiva adaptado dos praticantes de BCR, o que vai ao encontro de outros estudos em que foi verificado que os pares e amigos são os principais agentes de socialização (Williams, 1994a; Zoerink, 1992; Sherrill & Rainbolt, 1986; *Ap.* Williams, 1994a; Williams & Kolkka, 1992; Williams & Taylor, 1994; Kennedy, 1980; *Ap.* Williams, 1994a; Hopper, 1982; *Ap.* Williams, 1994a; Dickinson & Perkins, 1985; *Ap.* Williams, 1994a; Ferreira, 2005).

No nosso estudo, os amigos com deficiência apenas não são os principais agentes de socialização nos praticantes mais novos e mais velhos. Os praticantes mais jovens apresentam como principal influência os seus familiares, verificando-se igualmente esta conclusão num estudo realizado por Whidden (1986; *Ap.* Williams, 1994a), em que os atletas com paralisia cerebral identificaram a família como sendo o agente de socialização mais importante. Enquanto os mais velhos para além dos amigos com deficiência apresentam com a mesma importância os familiares e terapeutas.

Para além do grupo de pares concluímos que a instituição familiar é o agente de socialização que mais contribuiu para o início da prática desportiva dos praticantes de BCR. Por outro lado, verificámos que a instituição escolar apresenta uma importância reduzida relativamente aos agentes de socialização da prática desportiva adaptada. Assim, pensamos que, para esta população, a instituição escolar deveria desempenhar um papel mais significativo no início da prática desportiva devido a todos os benefícios que uma prática desportiva pode acarretar, especialmente ao nível da socialização e devido à influência positiva que a instituição escolar poderá exercer sobre todas as pessoas portadoras de uma deficiência tal como refere Marivoet (1998).

Segundo Williams (1994) as pessoas com deficiência são frequentemente constrangidas por um mundo que se foca sobre a sua deficiência. Para além disso, são constrangidas por uma falta de informação generalizada e pela falta de oportunidades. No sistema educativo, os professores e treinadores podem ser importantes agentes de socialização caso utilizem práticas inclusivas e permitam que os alunos com deficiência interajam no desporto juntamente com outros alunos. O contexto escolar pode incluir vários agentes educativos (professores, alunos, administradores, funcionários) contribuindo para o processo de socialização. Infelizmente a dificuldade dos professores

e do contexto escolar servir como agente e contexto de socialização para estes potenciais atletas deve-se à frequente falta de familiarização com os diferentes tipos de deficiência e devido à falta de oportunidades disponíveis para crianças com deficiências (Downs & Williams, 1994).

No nosso estudo, como vimos, a instituição escolar não tem grande influência no início da PDA dos praticantes de BCR, ou seja, praticantes com deficiência motora, sucedendo igualmente nos estudos realizados por Sherrill, Rainbolt, Montelione & Pope (1986), Whidden (1986; *Ap. Williams, 1994a*) e Sherrill & Rainbolt (1986; *Ap. Williams, 1994a*). Também os professores e os colegas/ funcionários da escola não exercem grande motivação ao longo da carreira desportiva do BCR (Williams & Kolkka, 1998), contrariamente ao estudo realizado por Ferreira (2005) em que os professores seguidos dos amigos com deficiência exercem maior motivação ao longo da carreira desportiva de atletas com deficiência. Se atendermos com que os atletas portadores de deficiência começaram a praticar desporto (17/18 a 21/22), não é surpreendente que nem os pais nem os professores desempenhem uma influência significativa neste facto (Williams, 1994a).

A nossa segunda hipótese é confirmada parcialmente, uma vez que concluímos que os amigos com deficiência são os agentes de socialização que exercem uma maior motivação ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR (Williams & Kolkka, 1998; Ferreira, 2005), excepto nos praticantes com espinha bífida que têm como maior agente de socialização o treinador, seguindo-se os amigos com deficiência. A nossa hipótese não se verifica relativamente ao treinador, pois este agente não exerce grande motivação ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR, excepto nos praticantes com espinha bífida, como já foi referido anteriormente. Para além disso, o treinador não exerce qualquer tipo de motivação nos praticantes com menos de 18 anos e mais de 61 anos. Contrariamente ao estudo realizado por Williams & Kolkka (1998), em que os treinadores e os pares – praticantes de BCR –, são os agentes que mais motivam os praticantes de BCR.

Podemos concluir que, os resultados do nosso estudo indicam a existência de uma homogeneidade relativamente aos principais agentes de socialização que desempenham um papel importante quer no início da prática desportiva adaptada quer ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR, apresentando-se os amigos com deficiência como sendo aqueles que maior influência exercem, segundo a opinião dos praticantes de BCR.

Relativamente à nossa terceira hipótese verificamos que esta se confirma, pois os praticantes de BCR recebem um maior incentivo por parte do seu treinador e dos seus amigos com deficiência do que pelas suas famílias (ou pessoas com quem vivem), ainda que estas manifestem hábitos desportivos. Podemos ainda concluir que o incentivo dado aos praticantes de BCR pelos seus familiares, filhos e amigos/colegas é menor quando estes não apresentam hábitos desportivos.

Como recomendações para futuros estudos que se enquadram na temática do desporto adaptado, pensamos ser interessante estudar as auto-representações das mulheres praticantes de desporto adaptado relativamente aos incentivos que recebem por parte dos seus familiares, filhos e amigos/colegas, de modo a ser possível aprofundar-se o conhecimento das diferenças de género entre as pessoas com deficiência no que diz respeito à influência dos agentes socializadores na actividade física ou desportiva adaptada.

Parece-nos também que seria importante para o aprofundamento da problemática em estudo na presente investigação, a realização de estudos comparativos sobre a influência dos agentes de socialização dirigidos a indivíduos em cadeira de rodas praticantes de outras modalidades que não só o basquetebol, assim como a atletas com outras deficiências, de modo a aprofundar-se a realidade em estudo.

BIBLIOGRAFIA

- Adelino, J., Vieira, J. & Coelho, O. (2000). *Treino de Jovens: o que todos precisam de saber!* (3th ed.). Lisboa: Edição do CEFD
- Almada, F. (1995). *A culpa não é do Desporto. Uma análise da dialéctica Desporto-Contexto*. Lisboa: Edições FMH.
- Almeida, C. (1999). A mulher e o desporto. *Desporto*, 9, 4 – 13.
- Alves, F. (2000). *Alternativas à Competição, Novos Desafios. Actas – A recreação e lazer da população com necessidades especiais*. FCDEF – UP, 57 – 63
- Alves, F. (2000). Painel: “Alternativas à Competição, Novos Desafios”. In Actas do Seminário Recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais. Universidade do Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Amado, L. (1994). Desporto, desenvolvimento e práticas sociais. *Horizonte*, XI(64), 130 – 135.
- Anderssen, N. & Wold, B. (1992). Parental and Peer Influence on Leisure – Time Physical Activity in Young Adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(4), 341 – 348
- Angelides, P. et al (2003). Reflections on policy and practice of inclusive education in pre-primary schools in Cyprus. *European Journal of Special Needs Education*, 19(2).
- Ashton-Shaeffer, C.; Gibson, H; Autry, C. & Hanson, C. (2001). Meaning of Sport to Adults with Physical Disabilities: A Disability Sport Camp Experience. *Sociology of Sport Journal*, 18(1), 95 – 114
- Barton, L. (1996). *Disability & Society: Emerging Issues and Insights*. London: Longman

- Barton, L. & Oliver, M. (1997). *Disability studies: past, present and future*. Leeds: The Disability Press
- Batista, P. (2000). Satisfação com a imagem corporal e auto-estima. Estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividade física. *Horizonte*, XVI (91), 9 – 15.
- Bento, J. (1990). Socialização e desporto. *Horizonte*, 6 (37), 28 – 33.
- Bento, J. (1995). *O outro lado do desporto*. Porto: Campo das Letras Editores.
- Bento, J. (2001). O Mundo sem desporto ficaria muito empobrecido. *Revista Desporto*, 3, 18 – 22.
- Borges, K. Silva, M. & Marques, U. (2005). Actividade Física Adaptada. Principais teorias e bases filosóficas (Tema 9). In: Garcia, E. & Lemos, K. *Temas Atuais X em Educação Física e Esportes*. Belo Horizonte: Saúde.
- Calca, J. (1993). Contributo para o conhecimento e caracterização da Educação Física. *Horizonte*, X (57), 101 – 110.
- Callede, J.P. (1991). *O Desporto para Todos – Prática Colectiva de Interesse Social*. Oeiras: CMO.
- Campbell, S. (1998). A Função do Treinador no desenvolvimento do Jovem Atleta. *Revista Treino Desportivo*, 3, 31 – 36.
- Candeias, J. (2001). A mulher e o desporto. *Desporto*, IV (41), 14 – 19.
- Carta Europeia do Desporto (1992). Lisboa: Ministério da Educação.
- Carvalho, A. & Constantino, J. (1986). *O que é o olimpismo? – Pequeno manual de Iniciação*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Carvalho, J. (1995). Breve História das Organizações Desportivas. Federação Portuguesa do Desporto para Deficientes. *Informação*, 7, 7 – 23.
- Carvalho, J. (1995a). Do direito ao desporto e a Situação Desportiva dos Deficientes em Portugal. Federação Portuguesa do Desporto para Deficientes. *Informação*, 7, 17 – 23.
- Carvalho, J. (2005) (Ed.). *Portugal: Livro dos Louros dos Jogos Paralímpicos de Atenas 2004*. Olival de Bastos: Palmigráfica
- Castro, J. (1998). Análise de alguns aspectos de prática desportiva por pessoas deficientes. *SOBAMA – Revista da Sociedade Brasileira de Atividades motoras adaptadas*, 3 (3), 31 – 34.
- Castro, J. (1996). O deficiente e o desporto. *Horizonte*, XIII (74), 26 – 30.
- Cid, L. (2002). Reflexão sobre ética no desporto para crianças e jovens. *Horizonte*, XVIII (104), 36 – 39.
- Constantino, J. (1994). *Desporto e municípios*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Coppenolle, P. & Knapen, J. (1999). Physical Measures, Perceived Physical Ability, and Body Acceptance of Adult Psychiatric Patients. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 113 – 125.
- De Pauw, K. & Doll-Tepper, G. (2000). Toward progressive inclusion and acceptance: Myth or Reality? The inclusion debate and bandwagon discourse. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17 (2), 135 – 139.
- Dias, J. (1999). A Problemática da Relação Família/Escola e as Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração da Pessoa com Deficiência. *Cadernos SNR*, 11.

- Downs, P. & Williams, T. (1994). Student Attitudes toward Integration of People with Disabilities in Activity Settings: A European Comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 32 – 43
- Dumazedier, J. (1980). *Olhares Novos sobre o Desporto*. Lisboa: Compendium
- Elias, N. (1985). *A busca da excitação*. Lisboa: Difusão Editorial, Lda.
- Fernandes, M. (1997). Sobre o emprego de pessoas com deficiência. *Integrar* 13, 5 – 13
- Ferreira, J.(2005). Desporto adaptado: um veículo de socialização e de integração da pessoa com deficiência. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*. 30, 111 – 120.
- Ferreira, V. (2001). O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. In: A. Silva & J. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Biblioteca das ciências do Homem: Edições Afrontamento.
- Filho, W. & Guedes, M. (1999). Tempo, consumo e práticas desportivas. *Horizonte*, XV (87), 15 – 17.
- Foreman, P.; Cull, J. & Kirkby, R. (1997). Sports participation in individuals with spinal cord injury: demographic and psychological correlates. *International Journal of Rehabilitation Research*, 20, 159 – 168.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.
- Giglione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora
- Gillet, B. (1961). *História breve do Desporto*. Lisboa: Editorial Verbo
- Gorgatti, M. & Costa, R. (2005). *Actividade física adaptada*. Brasil: Editora Manole

- Greendorfer, S. (1992). Sport socialization. In T. Horn, (ed), *Advances in Sporty Psychology* (pp. 201 – 218) Campaign, Il: Human Kinetics.
- Guthrie, S. & Castelnuovo, S. (2001). Disability Management Among Women With Physical Impairments: The Contribution of Physical Activity. *Sociology of Sport Journal*, 18(1), 5 – 20
- Hardin, B. & Hardin, M. (2003). Conformity and Conflict: Wheelchair Athletes Discuss Sport Media. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20 (3), 246 – 259.
- Hargreaves, J. (1994). *Sporting females. Critical Issues in the history and sociology of Women´s sports*. London: Routledge.
- Henderson, K. A. & Bedini, L. A. (1995). I have a soul that dance like Tina Turner, but my body can´t: Physical activity and women with mobility impairments. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(2), 151 – 161.
- Herbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget
- Homem, F. (1999). Instalações Sociais no Associativismo Desportivo. Equívoco ou Realidade? *Horizonte*, XV (88), 33 – 39.
- Homem, F. (1998). O regresso do corpo no desenvolvimento das práticas desportivo-corporais. *Horizonte*, XIV (81), 3 – 7.
- Huang, C-J. & Brittain, I. (2006). Negotiating Identities Throught Disability Sport. *Sociology of Sport Journal*, 23(4), 352 – 375.
- Huizinga, J. (1978). *Homo Ludens* (3.^a edição). Madrid: Alianza/Emecé.
- Hums, M., Moorman, A. & Wolf, E. (2003). The inclusion of the Paralympics in the Olympic and Amateur sports act. *Journal of Sport & Social Issues*, 27 (3), 261 – 275.

- Hutzler, Y. & Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: International Perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24 (1), 1 – 20.
- International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA: 2004). Online retrievable from: <http://www.ifapa.biz/?q=node/7>.
- International Wheelchair Basketball Federation (2001). Classification of Wheelchair Basketball Players Online retrievable: <http://www.iwbf.org/clas/iwbfclas.html>.
- Kenyon, G. & McPherson, B. (1973). *Becoming involved in physical activity and sport: A process of socialization*. New York: Academic Press
- Kirk, S. & Gallagher, J. (1979). *Educating Exceptional Children*, (3th ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Kolkka, T. & Williams, T. (1997). Gender and Disability Sport participation: Setting a Sociological Research Agenda. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 8 – 23.
- Krebs, P. & Block, M. (1992). Transition of Students with Disabilities Into Community Recreation: The Role of the Adapted Physical Educator. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9, 305 – 315.
- Lacerda, T. (1997). Para uma Estética do Desporto. *Horizonte*, XIII (78), 17 – 21.
- Lakomy, H. K. A. & Williams, T. (1995). The responses of an able bodied person to wheelchair training: a case study. *British Journal of Sports Medicine*, 30, pp. 236 – 237.
- Lenskij, H. (1998). Inside sport or on the margins. *International review for the sociology of sport*, I (33), 19 – 32.
- Light, R. & Kirk, D. (2000). High school rugby, the body and the reproduction of hegemonic masculinity. *Sport, Education and Society*, V (2), 163 – 176.

- Lima, T. (1988). *O desporto está nas suas mãos*. Lisboa: Livros Horizonte
- Lipovetsky, G. (1997). *A terceira mulher – permanência e revolução do feminino*. Lisboa: Instituto Piaget
- Little, M. (1990). Sport and Recreation: A Social Resource in the Community Integration of People with an Intellectual Disability. *Medicine Sport Science*, 30, 134 – 144
- Longmuir, P. & Bar – Or, O. (2000). Factors Influencing the Physical Activity Levels of Youths With Physical and Sensory Disabilities, 40 – 53.
- Lowenfeld, B. (1973). History of the Education of Visually Handicapped Children. In: B. Lowenfeld, (Ed), *The Visually Handicapped Child in School* (pp. 1 – 25) New York: American Foundation for the Blind.
- Malone, L.; Nielson, A.; Steadward, R. (2000). Expanding the dichotomous outcome in Wheelchair Basketball shooting of elite male players. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 437 – 449.
- Mandell, R. (1986). *Historia cultural del deporte*. Barcelona: Bellaterra.
- Marivoet, S. (1998). *Aspectos Sociológicos no Desporto*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marivoet, S. (2001). *Hábitos desportivos da população portuguesa: estudo da procura da prática desportiva*. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva.
- Marivoet, S. (2005). Assimetrias de género na participação desportiva: Portugal no contexto europeu. *Horizonte*, XX (120), 3 – 12.
- Marivoet, S. (1996). Desporto do ideal à realidade. *Horizonte*, XII (71), 193 – 196.
- Marivoet, S. (1998). Investimentos Sociais em Carreiras Desportivas. *Horizonte*, XIII (76), 26 – 31.

- Marivoet, S. (1998). Tempo e espaços de realização humana no contexto das novas necessidades sociais. *Horizonte*, XIV (81), 8 – 11.
- Marques, A. (1997). Repensar o desporto. *Horizonte*, XVIII (75), 3 – 10.
- Marques, U. (1990). Ética no Desporto para Deficientes. In *Actas do Fórum Desporto. Ética. Sociedade* (pp. 143 – 151). Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física: Universidade do Porto.
- Marques, U. (1991). Investigação Científica em Pedagogia do Desporto para Deficientes. In: *Actas do II Congresso de Educação Física dos Países de Língua Portuguesa. As ciências do Desporto e a Prática Desportiva. Desporto na escola, Desporto de Reeducação e Reabilitação*. Universidade do Porto, 533 – 542.
- Marques, U. (1997). A exclusão social e a actividade física. In A. Marques, A. Prista, A. Junior, (Eds). *Educação Física: Contexto e Inovação – Actas do V Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa*. (Vol.1), pp 161 – 176
- Marques, U. M., Castro, J. A. M. & Silva, M. A. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1(1), 73 – 79.
- Mastro, J.; Burton, A.; Rosendahl, M.; Sherrill, C. (1996). Atitudes of Elite Athletes with Impairments Toward One Other: A Hierarchy of Preference. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 197 – 210
- McIntosh, P. (1975). *O desporto e a sociedade*. Lisboa: Prelo
- McPherson, B., Curtis, J. & Loy, J. (1989). *The social significance of sport: an introduction to the sociology of sport*. Champaign, Ill: Human Kinetics
- Monnazzi, G. (1982). Paraplegics and sports: A psychological survey. *International Journal of Sport Psychology*, 13, 85 – 95

- Moore, C. (1998). Educating Students with Disabilities in General Education Classrooms: A Summary of the Research. Washington, D.C.: Office of Special Education and Rehabilitative Services. Retrieved from <http://interact.uoregon.edu/wrrc/AkInclusion.html>.
- Morris, J. (2001). Impairment and disability: constructing an ethics of care at promotes human rights. *Hypathia*, 16 (4).
- Nixon II, H. (2000). Sport and Disability. In: J. Coakley & Dunning. *Handbook of Sport Studies*. London: Sage Publications.
- Nunes, J. (1993). Erving Goffman, a Análise de Quadros e a Sociologia da Vida Quotidiana. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 37, 33 – 49.
- Nunes, M. (1995). Motivação para a prática desportiva. *Horizonte*, XII (67), 13 – 17.
- Olin, K. (1999). Desporto, cultura, trabalho e tempos livres. *Horizonte*, XV (87), 37 – 39.
- Oliver, M. & Barnes, C. (1996). *Disabled People and Social Policy: From exclusion to inclusion*. London: Routledge.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. London: MacMillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: Macmillan Press, Ltd.
- Pacheco, R. (2001). *O Ensino do Futebol: Futebol de 7 Um Jogo de Iniciação ao Futebol de 11*. Porto: Edição do Autor
- Pereira, A; Silva, M. & Pereira, O. O valor do atleta com deficiência. Estudo centrado na análise de um periódico português. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 6(1), 65 – 77.

- Pereira, E. (2007). O desporto nas práticas de lazer nos jovens no concelho de Palmela. In R. Gomes. *Olhares sobre o lazer* (pp.131-153). Coimbra: Centro de Estudos Biocinéticos
- Pereira, L. (1984). Evolução do estatuto do deficiente na sociedade. *Horizonte*, I (4), 132 – 135.
- Perriman, D. (2001). Classification an overview. International Wheelchair Basketball Federation. On-line: <http://www.iwbf.org/classification/overview.html>
- Piletic, C.; Frey, G; Hilgenbrinck, L. & Rosser, D. (2000). Socialization Processes of Male Athletes Participating in the 1996 Paralympic Games. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71(1).
- Polvora, F. (1989). A Sociedade e a deficiência. Reabilitação. *Revista do Secretariado Nacional de Reabilitação*, 5, 30 – 33.
- Potter, J. (1986). *Desporto para deficientes*. Aveiro: Tipave.
- Promis, D.; Erevelles, N. & Matthews, J. (2001). Reconceptualizing Inclusion: The Politics of University Sports and Recreation Programs for Students With Mobility Impairments. *Sociology of Sport Journal*, 18(1), 37 – 50.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramalho, R. (2007). “Práticas desportivas de lazer: o caso dos municípios de Torres Vedras numa perspectiva comparada”. In R. Gomes. *Olhares sobre o lazer* (pp.176-197). Coimbra: Centro de Estudos Biocinéticos.
- Richardson, R. et al (1989). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. (2.^a Edição). São Paulo: Editora Atlas.

- Rodrigues, D. (1983). Incidência, definição e classificação da deficiência motora. In: D. Rodrigues, *Educação Especial – Deficiência Motora, Colectânea de Textos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Educação Física.
- Rodrigues, D. (1985). A aprendizagem individualizada num grupo de multideficientes. *Horizonte*, vol. I (5), pp. 167 – 171.
- Rosadas, S. (1989). *Actividade Física Adaptada e Jogos Esportivos para o Deficiente. Eu posso. Vocês duvidam?* Livraria Atheneu: Rio de Janeiro. São Paulo.
- Santos, J. (2004). Mulher na sociedade, mulher no desporto. *Horizonte*, XIX (111), 3 – 8.
- Sensky, T. (1982). Family stigma in congenital physical handicap. *British Medical Journal*, 285, 1033 – 1035.
- Shepard, R. (1999). Postmodernism and adapted physical activity: a new gnostic heresy? *Adapted physical activity quarterly*, 16, 331 – 343.
- Shephard, R. (1991). Benefits of sport and physical activity for the disabled: Implications for the individuals and society. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, 51 – 59.
- Sherril, C. & Williams, T. (1996). Disability and Sport: Psychosocial Perspectives on Inclusion, Integration and Participation. *Sport Science Review*, 5(1), 42 – 64.
- Sherrill, C. (1993). *Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan* (4th Eds). Madison, Wisconsin : Brown & Benchmark.
- Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage Publications, Ltd
- Shogan, D. (1998). The Social Construction of Disability: The Impact of Statistics and Technology. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15, 269 – 277

- Shogan, D. (1998). The Social Construction of Disability: the Impact of Statistics and Technology. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15, 269 – 277.
- Shropshire, J. & Carrol, B. (1997). Family variables and children's physical activity: influence of paternal exercise and socio-economic status. *Sport, education and society*, 2 (1), 95 – 116.
- Silva, M. (1992). *Desporto para deficientes*. Câmara Municipal do Porto: Porto.
- Silva, M. (1993). Do deficiente ao praticante de desporto. *Horizonte*, IX (54), 218 – 220.
- Silva, M. (2000). Reabilitação, Educação Especial e Actividade Física. In *Actas do Seminário Recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física: Universidade do Porto.
- Skordilis, E. et al (2001). Sport Orientations and Goal Perspectives of Wheelchair Athletes. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18 (3), 304 – 315.
- Strohkendl, H. (1996). *The 50 Anniversary of Wheelchair basketball: A history*. New York: Waxmann.
- Tasiemski *et al.* (2004). Athletic Identity and Sports Participation in People with Spinal Cord Injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21 (4), 364 – 378.
- UNESCO (1978). International Charter of Physical Education and Sport. UNESCO. Paris
- Varela, A (1991). O desporto para pessoas com deficiência. Expressão distinta do desporto. *Revista Educação Física Especial* (5-6), pp. 53-62.
- Wheeler, G. (1998). Challenging our assumptions on the adapted physical activity: a reaction to Shepard. *Adapted physical activity quarterly*, 15, 236 – 249

- White, S. & Duda, J. (1993). Dimensions of Goals and Beliefs Among Adolescents Athletes with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10 (2), 125 – 136
- Williams, T. & Kolka, T. (1998). Socialization Into Wheelchair Basketball in the United Kingdom: A Structural Functionalist Perspective. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15, 357 – 369
- Williams, T. & Taylor, D. (1994). Socialization, Subculture and Wheelchair Sport: The Influence of Peers in Wheelchair Racing. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 11, 416 – 428
- Williams, T. (1994a). Disability Sport Socialization and Identity Construction. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 11, 14 – 31.
- Williams, T. (1994b). Sociological Perspectives on Sport and Disability: Structural-Functionalism. *Physical Education Review*. 17 (1), 14 – 24.
- Winnick, J. (1990). *Adapted Physical Education and Sport*. USA: Human Kinetics
- Wu, S. & Williams, T. (1999). Paralympic Swimming Performance, Impairment, and the Functional Classification System. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 251 – 270
- Wu, S.; Williams, T. & Sherrill, C. (2000). Classifiers as Agents of Social Control in Disability Swimming. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 421 – 436
- Wu, S. & Williams, T. (2001). Factors influencing sport participation among athletes with spinal cord injury. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (2), 177 – 182.
- Zoerink, D. (1992). Exploring sport socialization environments of persons with orthopedic disabilities. *Palaestra*.

Legislação consultada

Carta Europeia do Desporto para Todos

Carta Internacional da Educação Física e do Desporto da UNESCO, 1978

Constituição da República Portuguesa

Declaração de Salamanca, 1994

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Decreto-lei n.º 34/2007 regulamenta a lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto

Diário da República n.º 146 de 30 de Julho de 2009

Lei de Bases da Actividade Física e Desporto (Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro)

Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência – Lei n.º 9/89 de 2 de Maio Revogada pela Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto)

Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto)

Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência

Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto

Livro Branco sobre o Desporto

ANEXOS

ANEXO 1
INQUÉRITO SOCIOGRÁFICO



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

INQUÉRITO SOCIOGRÁFICO AOS PRATICANTES DE BASQUETEBOL EM CADEIRAS DE RODAS

Este questionário tem como objectivo a recolha de dados, para a realização de um estudo sobre os agentes de socialização e incentivos dados aos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas, com vista à obtenção da Licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física, pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

As informações serão utilizadas, exclusivamente, para a realização da dissertação de Mestrado, onde será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos.

Desta forma, agradeço a sua colaboração.

I. PERCURSO DESPORTIVO DO ATLETA (PASSADO DESPORTIVO)

1. Quem o(a) motivou pela primeira vez para a prática desportiva adaptada? (Pode dar mais do que uma resposta)

- 1 Pais
- 2 Familiares
- 3 Amigos sem deficiência
- 4 Amigos com deficiência
- 5 Colegas/funcionários da Escola
- 6 Professores
- 7 Terapeutas
- 8 Grupo desportivo ou associação de indivíduos com deficiência
- 9 Treinador
- 10 Decisão própria
- 11 Outro(s). Qual(ais)? _____ Código _____

2. Ao longo da sua carreira como atleta, quem mais exerceu uma influência decisiva na sua motivação para a prática desportiva adaptada? (Escolha apenas uma resposta em cada opção)

	1. ^a OPÇÃO	2. ^a OPÇÃO
Pais	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 201
Familiares	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 202
Amigos sem deficiência	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 203
Amigos com deficiência	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 204
Colegas/funcionários da Escola	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 205
Professores	<input type="checkbox"/> 106	<input type="checkbox"/> 206
Terapeutas	<input type="checkbox"/> 107	<input type="checkbox"/> 207
Grupo desportivo ou associação de indivíduos com deficiência	<input type="checkbox"/> 108	<input type="checkbox"/> 208
Treinador	<input type="checkbox"/> 109	<input type="checkbox"/> 209
Outras razões. Qual(ais)?	_____	_____
	Código _____	Código _____

3. Relativamente aos hábitos desportivos dos membros da sua família: (Pode dar mais do que uma resposta)

- 1 Algum praticou/pratica alguma actividade físico/desportiva
- 2 Algum participava/participa na Direcção de um Clube ou Associação Desportiva
- 3 Era/é levado(a) a assistir a espectáculos desportivos
- 4 A sua família acompanhava – o(a)/acompanha – o(a) na actividade/treinios/prova desportiva
- 5 Outro. Qual(ais)? _____ Código _____

II. INCENTIVOS À PRÁTICA DESPORTIVA

4. As pessoas com quem vive praticam algum desporto ou actividade física?

- 1 Sim
- 2 Não

5. Os familiares/ pessoas com quem vive incentivam-no(a) a praticar desporto?

- 1 Bastante
- 2 Muito
- 3 Razoável
- 4 Pouco
- 5 Nada

6. Considera que a sua prática desportiva é para os familiares/pessoas com quem vive:

- 1 Muito importante
- 2 Importante
- 3 Pouco importante
- 4 Nada importante

7. Tem filhos com mais de 6 anos?

- 1 Sim
- 2 Não (passa à questão 11)

8. Os seus filhos praticam algum desporto/actividade física?

- 1 Sim
- 2 Não (passa à questão 10)

9. Qual/Quais o(s) âmbito(s) em que os seus filhos costumam praticar essas actividades físicas?

- 1 Desporto Federado/Competição
- 2 Desporto Escolar
- 3 Desporto Lazer
- 4 Outro(s). Qual(ais)? _____ Código _____

10. Os seus filhos incentivam-na a praticar desporto?

- 1 Bastante
- 2 Muito
- 3 Razoável
- 4 Pouco
- 5 Nada

11. Os seus amigos/colegas costumam praticar desporto ou actividade física?

- 1 Sim
- 2 Não

12. Os seus amigos/colegas incentivam-na a praticar desporto?

- 1 Bastante
- 2 Muito
- 3 Razoável
- 4 Pouco
- 5 Nada

13. Em que sentido é incentivado na prática do Basquetebol em cadeira de rodas pelo(s) seu(s):

	BASTANTE	MUITO	RAZOÁVEL	POUCO	NADA
1. Treinador(es)	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 105
2. Amigos com deficiência	<input type="checkbox"/> 201	<input type="checkbox"/> 202	<input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 204	<input type="checkbox"/> 205
3. Colegas/Funcionários da Escola (Responda apenas se for estudante)	<input type="checkbox"/> 301	<input type="checkbox"/> 302	<input type="checkbox"/> 303	<input type="checkbox"/> 304	<input type="checkbox"/> 305
4. Professor(es) (Responda apenas se for estudante)	<input type="checkbox"/> 401	<input type="checkbox"/> 402	<input type="checkbox"/> 403	<input type="checkbox"/> 404	<input type="checkbox"/> 405

III. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

14. Género: 1 Masculino 2 Feminino

15. Idade: _____ anos

16. Habilitações Literárias

- 1 Analfabeto/sabe ler e escrever
- 2 Instrução primária/Ciclo preparatório
- 3 5.º ano liceal (9.º ano actual)
- 4 7.º ano liceal (11.º/12.º ano actual)
- 5 Curso médio/Politécnico
- 6 Licenciatura
- 7 Pós-graduação
- 8 Mestrado
- 9 Doutoramento

17. Estado Civil

- 1 Solteiro(a)
- 2 Casado(a)
- 3 Separado(a)/divorciado(a)
- 4 Viúvo(a)
- 5 União de facto

18. Com quem vive?

- 1 Sozinho(a)
- 2 Com o cônjuge
- 3 Com os pais ou familiares
- 4 Com filhos ou jovens a seu cargo
- 5 Com o cônjuge e filho(s)
- 6 Com o cônjuge, filhos e família
- 7 Outro(s). Quem? _____ Código _____

19. Qual o seu tipo de deficiência?

- 1 Poliomielite
- 2 Paraplegia
- 3 Spína bífida
- 4 Amputação. A que nível? _____ Código _____
- 5 Outra. Qual? _____ Código _____

20. É uma pessoa portadora de deficiência desde que nasceu?

- 1 Sim (passa à questão 22) 2 Não

21. Se “não” há quantos anos é portadora de deficiência? _____ Código _____

22. Actualmente qual é a sua actividade profissional?

- 1 Exerce uma actividade remunerada
2 Estudante (passa à questão 24)
3 Doméstica (passa à questão 24)
4 Desempregado(a) (passa à questão 25)
5 Reformado(a) (passa à questão 26)

23. Qual a sua profissão? _____ (passa à questão 27) Código _____

24. Qual a profissão do elemento que mais contribui para o rendimento global do seu agregado? _____ (passa à questão 27) Código _____

25. Antes de ficar desempregada(o), o Sr./Sr.^a era quem mais contribuía para o rendimento global do seu agregado?

- 1 Sim. Qual a sua última profissão? _____ (passa à questão 27) Código _____
2 Não. Qual a profissão do elemento que mais contribuía para o rendimento global do seu agregado? _____ (passa à questão 27) Código _____

26. Antes de se reformar, o Sr./Sr.^a era quem mais contribuía para o rendimento global do seu agregado?

- 1 Sim. Qual a sua última profissão? _____ Código _____
2 Não. Qual a profissão do elemento que mais contribui/contribuía para o rendimento global do seu agregado? _____ Código _____

A profissão que referiu é/foi desenvolvida:

- 1 Por conta própria
2 Por conta de outrem (passa à questão 30)

27. Pode dizer-nos se como:

- 1 Trabalhador em nome individual (passa à questão 30)
2 Com empregados a seu cargo

28. Quantos empregados tem/tinha a seu cargo?

- 1 Até 5 trabalhadores
2 6 ou mais trabalhadores

29. Qual o clube onde pratica Basquetebol em cadeira de rodas?

_____ Código _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO E PELO TEMPO DISPENDIDO.

ANEXO 2
QUADROS DE APURAMENTO

Quadro 1

Estratificação da amostra segundo o género (P14)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	77	96,3	96,3	96,3
	Feminino	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 2

Estratificação da amostra segundo a idade (P15)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 18 anos	6	7,5	7,5	7,5
	18-30 anos	30	37,5	37,5	45,0
	31-40 anos	16	20,0	20,0	65,0
	41-50 anos	18	22,5	22,5	87,5
	51-60 anos	5	6,3	6,3	93,8
	Mais de 61 anos	5	6,3	6,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 3

Estratificação da amostra segundo o estado civil (P17)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro(a)	49	61,3	61,3	61,3
	Casado(a)	20	25,0	25,0	86,3
	Separado(a)/divorciado(a)	4	5,0	5,0	91,3
	União de facto	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 4

Estratificação da amostra segundo o agregado familiar (P18)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sózinho(a)	11	13,8	13,8	13,8
	Com o cônjuge	11	13,8	13,8	27,5
	Com os pais ou familiares	38	47,5	47,5	75,0
	Com filhos ou jovens a seu cargo	2	2,5	2,5	77,5
	Com o cônjuge e filhos	16	20,0	20,0	97,5
	Outro(s)	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 5

Estratificação da amostra segundo as habilitações literárias (P16)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Analfabeto/sabe ler e escrever	4	5,0	5,0	5,0
	Instrução primária/Ciclo preparatório	17	21,3	21,3	26,3
	5.º ano liceal (9.º ano actual)	24	30,0	30,0	56,3
	7.º ano liceal (11.º/12.º actual)	25	31,3	31,3	87,5
	Curso médio/Politécnico	2	2,5	2,5	90,0
	Licenciatura	7	8,8	8,8	98,8
	Doutoramento	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 6

Estratificação da amostra segundo as condições perante o trabalho (P22)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Exerce uma actividade remunerada	35	43,8	43,8	43,8
	Estudante	21	26,3	26,3	70,0
	Desempregado(a)	7	8,8	8,8	78,8
	Reformado(a)	17	21,3	21,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 7

Estratificação da amostra segundo o grupo social (P23)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EQS	13	16,3	16,3	16,3
	SEE	50	62,5	62,5	78,8
	PIAP	17	21,3	21,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 8

Estratificação da amostra segundo o tipo de deficiência (P19)

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Tipo de deficiência(a)	Poliemielite	20	24,7%	25,0%
	Paraplegia	35	43,2%	43,8%
	Spina bífida	9	11,1%	11,3%
	Amputação	13	16,0%	16,3%
	Outra	4	4,9%	5,0%
Total		81	100,0%	101,3%

Quadro 9

Estratificação da amostra segundo o tipo de amputação (P193)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bi-amputação do MI	4	5,0	30,8	30,8
	Bi-amputação abaixo do joelho	3	3,8	23,1	53,8
	Amputação do MI	1	1,3	7,7	61,5
	Amputação do joelho	2	2,5	15,4	76,9
	Amputação do pé	1	1,3	7,7	84,6
	NS/NR	2	2,5	15,4	100,0
	Total	13	16,3	100,0	
Missing	System	67	83,8		
Total		80	100,0		

Quadro 10

Estratificação da amostra segundo o período de aquisição (P20)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	36,3	36,3	36,3
	Não	51	63,8	63,8	100,0
Total		80	100,0	100,0	

Quadro 11

Estratificação da amostra segundo os anos de deficiência adquirida (P21)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 10 anos	15	18,8	29,4	29,4
	11 - 20 anos	13	16,3	25,5	54,9
	21 - 30 anos	5	6,3	9,8	64,7
	31 - 40 anos	11	13,8	21,6	86,3
	41 - 50 anos	4	5,0	7,8	94,1
	Mais de 51 anos	2	2,5	3,9	98,0
	NS/NR	1	1,3	2,0	100,0
	Total	51	63,8	100,0	
Missing	System	29	36,3		
Total		80	100,0		

Quadro 12

Agentes de socialização no início da PDA (P1)

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Agentes de socialização no início da PD(a)	Pais	11	7,9%	13,8%
	Familiares	17	12,2%	21,3%
	Amigos sem deficiência	15	10,8%	18,8%
	Amigos com deficiência	45	32,4%	56,3%
	Colegas/Funcionários da Escola	1	,7%	1,3%
	Professores	5	3,6%	6,3%
	Terapeutas	11	7,9%	13,8%
	Grupo desportivo ou associação de indiví	10	7,2%	12,5%
	Treinador	7	5,0%	8,8%
	Decisão própria	16	11,5%	20,0%
	Outro	1	,7%	1,3%
Total		139	100,0%	173,8%

Quadro 13

Agentes de socialização segundo a idade (P1 * P15 Crosstabulation)

			P150						Total
			Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
Agentes de socialização no início da PD	Pais	Count	3	5	1	2	0	0	11
	Familiares	Count	4	7	1	3	0	2	17
	Amigos sem deficiênc	Count	1	8	1	4	0	1	15
	Amigos com deficiênc	Count	1	16	11	13	2	2	45
	Colegas/Funcionários	Count	0	1	0	0	0	0	1
	Professores	Count	1	3	0	1	0	0	5
	Terapeutas	Count	0	4	2	1	2	2	11
	Grupo desportivo ou	Count	0	5	2	2	0	1	10
	Treinador	Count	0	2	3	1	0	1	7
	Decisão própria	Count	0	9	2	3	1	1	16
	Outro	Count	0	0	1	0	0	0	1
Total		Count	6	30	16	18	5	5	80

Quadro 14

Agentes de socialização segundo o grupo social (P1 * P23 Crosstabulation)

			P230			Total
			EQS	SEE	PIAP	
Agentes de socialização no início da PD	Pais	Count	2	8	1	11
	Familiares	Count	4	12	1	17
	Amigos sem deficiênc	Count	3	12	0	15
	Amigos com deficiênc	Count	7	27	11	45
	Colegas/Funcionários	Count	1	0	0	1
	Professores	Count	1	1	3	5
	Terapeutas	Count	1	6	4	11
	Grupo desportivo ou	Count	1	7	2	10
	Treinador	Count	1	5	1	7
	Decisão própria	Count	3	7	6	16
	Outro	Count	0	1	0	1
Total		Count	13	50	17	80

Quadro 15

Agentes de socialização segundo o grau de escolaridade (P1 * P16 Crosstabulation)

			P160						Total	
			Analfabeto/sabe ler	Instrução primária/C	5.º ano liceal (9.º)	7.º ano liceal (11.º)	Curso médio/Politécn	Licenciatura	Doutoramento	
Agentes de socialização no início da PD	Pais	Count	0	0	3	4	1	3	0	11
	Familiares	Count	0	2	5	7	0	2	1	17
	Amigos sem deficiênc	Count	0	0	6	7	0	1	1	15
	Amigos com deficiênc	Count	2	10	14	14	1	4	0	45
	Colegas/Funcionários	Count	1	0	0	0	0	0	0	1
	Professores	Count	0	2	1	2	0	0	0	5
	Terapeutas	Count	0	3	1	4	2	1	0	11
	Grupo desportivo ou	Count	0	4	2	1	1	2	0	10
	Treinador	Count	1	2	3	1	0	0	0	7
	Decisão própria	Count	0	3	3	7	1	2	0	16
	Outro	Count	0	0	0	0	0	1	0	1
	Total	Count	4	17	24	25	2	7	1	80

Quadro 16

Agentes de socialização no início da PDA segundo o tipo de deficiência (P1* P19 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spína bífida	Amputação	Outra	
Agentes de socialização	Pais	Count	2	4	4	1	0	11
	Familiares	Count	5	7	3	1	1	17
	Amigos sem deficiênc	Count	7	4	0	3	1	15
	Amigos com deficiênc	Count	9	21	4	8	3	45
	Colegas/Funcionários	Count	0	0	0	0	1	1
	Professores	Count	0	4	0	0	1	5
	Terapeutas	Count	0	6	2	2	1	11
	Grupo desportivo ou	Count	1	4	2	1	1	9
	Treinador	Count	1	5	1	0	0	7
	Decisão própria	Count	1	11	1	2	1	16
	Outro	Count	0	0	1	0	0	1
Total	Count	20	35	9	11	5	80	

Quadro 17Agentes de socialização segundo o período de aquisição da deficiência (**P1 * P20 Crosstabulation**)

			P200		Total
			Sim	Não	
Agentes de socialização no início da PD	Pais	Count	6	5	11
	Familiares	Count	7	10	17
	Amigos sem deficiênc	Count	7	8	15
	Amigos com deficiênc	Count	12	33	45
	Colegas/Funcionários	Count	1	0	1
	Professores	Count	1	4	5
	Terapeutas	Count	2	9	11
	Grupo desportivo ou	Count	5	5	10
	Treinador	Count	2	5	7
	Decisão própria	Count	3	13	16
	Outro	Count	1	0	1
Total	Count	29	51	80	

Quadro 18Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva do praticante de BCR (**P2**)

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Agentes de socialização no BCR(a)	Pais	14	9,1%	17,5%
	Familiares	20	13,0%	25,0%
	Amigos sem deficiência	21	13,6%	26,3%
	Amigos com deficiência	57	37,0%	71,3%
	Colegas/Funcionários da Escola	1	,6%	1,3%
	Professores	3	1,9%	3,8%
	Terapeutas	4	2,6%	5,0%
	Grupo desportivo ou associação de indiví	16	10,4%	20,0%
	Treinador	18	11,7%	22,5%
Total	154	100,0%	192,5%	

Quadro 19Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva segundo a idade (**P2 * P15 Crosstabulation**)

			P150					Total	
			Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
AS ao longo da carreira de BCR	Pais	Count	3	7	1	3	0	0	14
	Familiares	Count	3	8	2	5	1	1	20
	Amigos sem deficiênc	Count	1	7	4	7	0	2	21
	Amigos com deficiênc	Count	3	22	11	14	3	4	57
	Colegas/Funcionários	Count	0	0	0	1	0	0	1
	Professores	Count	1	2	0	0	0	0	3
	Terapeutas	Count	0	1	0	0	1	2	4
	Grupo desportivo ou	Count	1	6	4	2	2	1	16
	Treinador	Count	0	7	7	2	2	0	18
Total	Count	6	30	16	18	5	5	80	

Quadro 20Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva segundo o grupo social (**P2 * P23 Crosstabulation**)

			P230			Total
			EQS	SEE	PIAP	
AS ao longo da carreira de BCR	Pais	Count	5	8	1	14
	Familiares	Count	2	15	3	20
	Amigos sem deficiênc	Count	3	15	3	21
	Amigos com deficiênc	Count	12	33	12	57
	Colegas/Funcionários	Count	0	1	0	1
	Professores	Count	0	1	2	3
	Terapeutas	Count	0	1	3	4
	Grupo desportivo ou	Count	1	9	6	16
	Treinador	Count	3	12	3	18
Total	Count	13	50	17	80	

Quadro 21

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva segundo o tipo de deficiência (P2 * P19
Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spína bífida	Amputação	Outra	
Agentes de socialização no BCR	Pais	Count	2	6	3	1	2	14
	Familiares	Count	6	9	2	3	0	20
	Amigos sem deficiênc	Count	11	5	0	4	1	21
	Amigos com deficiênc	Count	15	26	4	10	3	57
	Colegas/Funcionários	Count	1	0	0	0	0	1
	Professores	Count	0	3	0	0	0	3
	Terapeutas	Count	0	4	0	0	0	4
	Grupo desportivo ou	Count	2	6	4	3	1	16
	Treinador	Count	1	8	5	4	1	18
Total	Count	20	35	9	13	4	80	

Quadro 22

Agentes de socialização ao longo da carreira desportiva segundo o período de aquisição (P2 * P20
Crosstabulation)

			P200		Total
			Sim	Não	
Agentes de socialização na carreira	Pais	Count	6	8	14
	Familiares	Count	6	14	20
	Amigos sem deficiênc	Count	9	12	21
	Amigos com deficiênc	Count	21	36	57
	Colegas/Funcionários	Count	0	1	1
	Professores	Count	0	3	3
	Terapeutas	Count	0	4	4
	Grupo desportivo ou	Count	6	10	16
	Treinador	Count	8	10	18
Total	Count	29	51	80	

Quadro 23

AFD das pessoas com quem vivem os praticantes de BCR (P4)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	27	33,8	33,8	33,8
	Não	53	66,3	66,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 24

Hábitos desportivos dos familiares dos praticantes de BCR (P3)

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Hábitos desportivos dos familiares(a)	Algum praticou/pratica alguma AFD	38	35,5%	47,5%
	Agum participava/participa na direcção d	14	13,1%	17,5%
	Era/é levado(a) a assistir a espectáculo	15	14,0%	18,8%
	A família tem o(a) acompanhado na activi	31	29,0%	38,8%
	Outro	9	8,4%	11,3%
Total		107	100,0%	133,8%

Quadro 25

AFD dos amigos/colegas dos praticantes de BCR (P11)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	78	97,5	97,5	97,5
	Não	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 26

Hábitos desportivos dos familiares segundo os incentivos dos familiares (P3 * P5 Crosstabulation)

			P050					Total
			Bastante	Muito	Razoáve I	Pouco	Nada	
Hábitos desportivos dos familiares	Algum praticou/prati	Count	19	9	8	1	1	38
	Agum participava/par	Count	7	2	5	0	0	14
	Era/é levado(a) a as	Count	9	3	3	0	0	15
	A família tem o(a) a	Count	18	6	5	2	0	31
	Outro	Count	3	0	3	2	1	9
Total		Count	37	17	19	5	2	80

Quadro 27Prática desportiva das pessoas com quem vivem segundo o seu incentivo (**P4 * P5 Crosstabulation**)

		P050					Total
		Bastante	Muito	Razoável	Pouco	Nada	
P040	Sim	18	5	4	0	0	27
	Não	19	12	15	5	2	53
Total		37	17	19	5	2	80

Quadro 28Incentivos recebidos pelos familiares segundo a importância da PDA (**P5 * P6 Crosstabulation**)

		P060			Total
		Muito importante	Importante	Pouco importante	
P050	Bastante	32	5	0	37
	Muito	12	5	0	17
	Razoável	2	15	2	19
	Pouco	0	0	5	5
	Nada	0	2	0	2
Total		46	27	7	80

Quadro 29Prática desportiva dos filhos segundo o incentivo dos filhos (**P8 * P10 Crosstabulation**)

		P100					Total
		Bastante	Muito	Razoável	Pouco	Nada	
P080	Sim	5	3	3	1	0	12
	Não	3	2	3	0	1	9
Total		8	5	6	1	1	21

Quadro 30Prática desportiva dos amigos/colegas segundo o incentivo dos amigos/colegas (**P11 * P12 Crosstabulation**)

		P120				Total
		Bastante	Muito	Razoável	Pouco	
P110	Sim	52	16	9	1	78
	Não	0	0	2	0	2
Total		52	16	11	1	80

Quadro 31

Incentivo dos familiares (P5)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	37	46,3	46,3	46,3
	Muito	17	21,3	21,3	67,5
	Razoável	19	23,8	23,8	91,3
	Pouco	5	6,3	6,3	97,5
	Nada	2	2,5	2,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 32

Incentivo dos amigos/colegas (P12)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	52	65,0	65,0	65,0
	Muito	16	20,0	20,0	85,0
	Razoável	11	13,8	13,8	98,8
	Pouco	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 33

Incentivo dos treinadores (P13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	54	67,5	67,5	67,5
	Muito	19	23,8	23,8	91,3
	Razoável	4	5,0	5,0	96,3
	Pouco	2	2,5	2,5	98,8
	Nada	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 34

Incentivo dos amigos com deficiência (P13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	43	53,8	53,8	53,8
	Muito	29	36,3	36,3	90,0
	Razoável	8	10,0	10,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

Quadro 35

Incentivo dos colegas/funcionários da escola (P13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	2	2,5	10,0	10,0
	Muito	6	7,5	30,0	40,0
	Razoável	10	12,5	50,0	90,0
	Pouco	1	1,3	5,0	95,0
	NS/NR	1	1,3	5,0	100,0
	Total	20	25,0	100,0	
Missing	System	60	75,0		
Total		80	100,0		

Quadro 36

Incentivo dos professores (P13)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bastante	4	5,0	20,0	20,0
	Muito	4	5,0	20,0	40,0
	Razoável	9	11,3	45,0	85,0
	Pouco	1	1,3	5,0	90,0
	Nada	1	1,3	5,0	95,0
	NS/NR	1	1,3	5,0	100,0
	Total	20	25,0	100,0	
Missing	System	60	75,0		
Total		80	100,0		