

CAPITULO I - INTRODUÇÃO

O desporto e a actividade física têm assumido nos últimos anos um papel determinante na promoção do Bem-estar psicológico e das Autopercepções positivas em grupos de indivíduos com deficiência motora. No entanto, segundo Ferreira e Fox (2004), o desenvolvimento das Autopercepções físicas em grupos desportivos com deficiência motora ainda não foi devidamente estudado, especialmente agora que as componentes da Autoestima e das Autopercepções têm aumentado o seu valor educacional e clínico, como importantes indicadores de Bem-estar mental, tanto nos indivíduos com deficiência como sem deficiência (USDHHS, 1999).

Assim, o estudo das Autopercepções no domínio físico, Autoestima e Imagem Corporal, é ainda uma área pouco explorada, nomeadamente em grupos especiais. Deste modo, a escolha deste tema surgiu do interesse e do desejo em alargar os nossos conhecimentos no âmbito das Autopercepções em pessoas com deficientes, particularmente em indivíduos sedentários.

Vários estudos revelam a existência de uma elevada percentagem de indivíduos sedentários em Portugal. Tal facto torna-se ainda mais representativo quando falamos de grupos especiais, uma vez que a participação destes indivíduos em actividades desportivas é vista pela sociedade como algo “contra-natural”. Assim, este pensamento traduz-se na forma como estes indivíduos encaram o desporto e a actividade física, pois não a consideram fundamental para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida, podendo este facto explicar o subdesenvolvimento do desporto adaptado em Portugal. Contudo, esta visão tende a modificar-se, pois estudos no âmbito da sociologia do desporto e da actividade física adaptada afirmam que o desporto constitui um veículo efectivo na aprendizagem social, para além dos demais benefícios físicos e psicológicos.

Com a elaboração deste estudo assume-se importante conhecer o modo como os indivíduos sedentários se autopercepcionam e de que forma os constructos em estudo (Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal), contribuem para a construção da identidade individual e social do indivíduo com incapacidade física. Assim, como compreender se os indivíduos não atletas, tal como se tem verificado em estudos com atletas reconhecem o corpo como principal veículo de comunicação social,

sendo conseqüentemente utilizado para expressar a sexualidade e estatutos, ganhando um significado crítico na autoavaliação global (Fox, 1998).

Esta investigação está centrada no estudo dos três constructos anteriormente referidos em indivíduos sedentários com deficiência motora, divididos em dois tipos de lesão: Amputados e Traumatizados vertebro-medulares.

1.1 PERTINÊNCIA DO ESTUDO

De um modo geral, o presente estudo é bastante pertinente, pois fornece importantes informações no que diz respeito às Autopercepções em grupos especiais, permitindo contribuir para o Bem-estar desta população, já que se reconhece a importância das Autopercepções na compreensão do comportamento humano, e como instrumento facilitador para a promoção do Bem-estar psicológico.

Este estudo assume particular importância, pelo facto de ser a primeira investigação no âmbito das Autopercepções, apenas em indivíduos com deficiência motora sedentários. A visão particular deste estudo irá fornecer futuramente conclusões importantes nas Autopercepções no domínio físico, Autoestima e Imagem Corporal nesta população, pois uma investigação desta natureza permite compreender de que forma estes constructos são percebidos por estes indivíduos, assim como conhecer se estes apresentam Autopercepções positivas importantes no seu processo de socialização e condutoras de Bem-estar mental.

1.2 OBJECTIVOS

Passaremos em seguida à apresentação dos objectivos para os quais nos propusemos com a elaboração deste trabalho, assim analisaremos as seguintes variáveis:

- a. Qual a influência do grupo etário no Autoconceito Físico, Autoestima Global e na Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora do sexo masculino, sedentários.
- b. Qual a influência do tipo de lesão no Autoconceito Físico, Autoestima Global e na Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora do sexo masculino, sedentários.
- c. Qual a influência do tempo de ocorrência de lesão no Autoconceito Físico, Autoestima Global e na Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora do sexo masculino, sedentários.

1.3 COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Com a elaboração do presente estudo pretende-se avaliar as Autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e a Imagem Corporal, através de um estudo exploratório em indivíduos do sexo masculino com deficiência motora e sedentários.

1.4 HIPÓTESES

1H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Autoestima Global, em função da variável do tipo de lesão.

1H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Autoestima Global, em função da variável do tipo de lesão.

2H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico, em função da variável do tipo de lesão.

2H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico, em função da variável tipo de lesão.

3H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal, em função da variável do tipo de lesão

3H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal, em função da variável do tipo de lesão.

4H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Autoestima Global em função da variável grupo etário.

4H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Autoestima Global, em função da variável grupo etário.

5H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico, em função da variável grupo etário.

5H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico, em função da variável grupo etário.

6H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal, em função da variável grupo etário.

6H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal, em função da variável grupo etário.

7H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Autoestima Global, em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

7H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Autoestima Global, em função da variável do tempo de ocorrência da lesão.

8H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico, em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

8H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às Autopercepções no domínio físico, em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

9H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal, em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

9H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas à Imagem Corporal, em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

1.5 ESTRURURA DO TRABALHO

O presente estudo está organizado em seis capítulos distintos:

- O primeiro capítulo é dedicado à Introdução, onde é feita referência à importância do estudo das Autopercepções, Autoestima Global e Imagem Corporal em grupos especiais, nomeadamente indivíduos do sexo masculino com deficiência motora.

- O segundo capítulo, diz respeito à Revisão da Literatura, onde é feito o enquadramento teórico dos vários conceitos implícitos nesta investigação. Nesse sentido, é feita referência, primeiramente aos diferentes constructos em estudo (Autoconceito, Autoestima, Imagem Corporal), seguindo-se a alusão aos modelos do Autoconceito e ao constructo Autoconceito físico. De modo, a particularizar o presente estudo, foi feita referência à problemática da deficiência na sociedade actual e às Autopercepções na população com deficiência motora, salientando-se a diferença entre os indivíduos activos e os sedentários. Por fim, foram caracterizadas as deficiências motoras em estudo.

- O terceiro capítulo é referente à metodologia, do qual fazem parte a caracterização da amostra, os instrumentos de medida, as variáveis dependentes e independentes em estudo, os procedimentos adoptados para a aplicação dos referidos instrumentos, bem como as técnicas estatísticas utilizadas no tratamento dos dados.

- O quarto capítulo é dedicado à apresentação dos resultados, referentes à estatística descritiva (médias, desvio padrão e tabelas de frequência) e estatística inferencial (One Way Anova).

- O quinto capítulo diz respeito à discussão dos principais resultados obtidos, relativos aos valores médios e de desvio padrão alcançados, assim como os valores significativos resultantes da comparação entre as variáveis dependentes (Autoconceito Autoestima Global e Imagem Corporal) e variáveis independentes (idade, tipo de lesão, tempo de ocorrência de lesão), estes resultados foram confrontados ao longo da discussão com outros estudos elaborados nesta área de estudo.

- No capítulo seis referimos as principais conclusões do nosso estudo, sendo também apresentadas limitações encontradas na elaboração do estudo e algumas sugestões para futuras investigações.

- Por fim, terminamos com o capítulo sete, onde se enuncia a bibliografia consultada.

CAPITULO II – REVISÃO DE LITERATURA

1. BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O AUTOCONCEITO

Desde do aparecimento do Autoconceito, muitos foram os autores que se preocuparam com os aspectos relacionados com o estudo das dimensões do “Eu”. Assim, apresentaremos nesta resenha os contributos mais significativos para o estudo do Autoconceito.

Segundo Fox (1998) o “Eu” no mundo Ocidental tem vindo a tornar-se uma característica central da existência humana. Este acontecimento é o resultado da necessidade de criar e estabelecer uma identidade individualizada e original que permita dominar as ocorrências da vida.

Nos últimos tempos o Autoconceito tem assumido uma crescente importância, no entanto este constructo tem vindo a ser reformulado ao longo dos anos. A primeira perspectiva do Autoconceito do ponto de vista da psicologia, surge na obra “The Principles of Psychology” de William James constituindo um marco importante na teorização e investigação do Autoconceito. Nesta obra, o autor apresentou uma visão evolucionária da construção do “Eu”, definindo a existência de um Empírico que é observável e mensurável, que pertence a cada indivíduo, subdividindo-se este por sua vez em três componentes principais: material (relativa aos aspectos corporais), social (ligada ao reconhecimento social) e espiritual (relacionada com as faculdades psíquicas e as disposições do indivíduo). Da interligação destes constituintes do “Eu” relacionados com a especificidade da vida de cada indivíduo, construir-se-ia a forma como o ele se vê a si próprio determinando deste modo o seu estatuto de sucesso ou fracasso na sociedade, aspecto que irá em última análise constituir-se como factor condicionante na formação da sua Autoestima.

Importa referir que nas últimas duas décadas houve um grande desenvolvimento no campo da pesquisa do Autoconceito e uma das teorias que mais marcou esse desenvolvimento foi o Behaviorismo. Com o contributo desta teoria passou a ser possível o estudo de alguns aspectos do Autoconceito global, como por exemplo, a Autoestima, passando esta a ser definida como uma dimensão daquele, já que o indivíduo possuía sentimentos negativos e positivos acerca de algumas

características específicas de si próprio. Com base nesta teoria o Autoconceito adquiriu contornos de natureza experimental e sistemática.

Fox (1997) afirma que uma das conclusões principais que assinala este período é o reconhecimento da constituição do Ser como resultado de múltiplos “Eu’s”. No entanto, existem muitos estudos e conseqüentemente muitos conflitos terminológicos, para expressar e documentar essa multidimensionalidade.

Assim, a aceitação do Autoconceito como um constructo multidimensional, permite-nos dizer que o “Eu” não é uma unidade individualizada mas um sistema dinâmico e complexo de constructos que têm como característica principal a necessidade de nos sentirmos bem conosco próprios (Carless & Fox, 2003). Estes mesmos autores afirmam que as Autopercepções, ou seja, a forma como as pessoas se vêem a si próprios e o seu lugar no mundo, são muito importantes para explicar o seu comportamento.

2. DELIMITAÇÃO CONCEPTUAL DO AUTOCONCEITO

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

Pois bem, na literatura revista respeitante ao Autoconceito surge uma sobreposição quanto aos termos utilizados para descrever a percepção própria do “Eu”, como Autoconceito, Autoconfiança, Autoestima, Autoimagem (Gallahue, 1989). Torna-se assim difícil apresentar uma definição conceptual universalmente aceite do Autoconceito. Não obstante, existe uma certa concordância em torno da definição geral do Autoconceito, como sendo a percepção que o indivíduo tem de si mesmo (Byrne, 1984).

Do ponto de vista conceptual, vejamos em seguida algumas definições e teorias relativas ao termo Autoconceito:

William James (1890) definiu a existência de um “Eu” empírico o qual possuía três constituintes principais: o “Eu” material (possessão do próprio corpo), o “Eu” social (reconhecimento social) e o “Eu” espiritual (faculdades psíquicas e disposições de cada individuo).

Shavelson, Hubner e Stanton (1976), descrevem o Autoconceito como a percepção que cada um faz do envolvimento que o rodeia, com base nas suas experiências e interpretações. Estes autores salientam que o Autoconceito não constitui uma identidade no interior da pessoa, mas um constructo hipotético que é potencialmente útil na explicação e predição do modo como o indivíduo age. Em 1979, Rosemberg define Autoconceito como a totalidade dos pensamentos e sensações de um indivíduo referenciado a si próprio, como objecto. Mais tarde, Gecas (1982) define Autoconceito como um conceito que o indivíduo faz de si próprio enquanto ser físico, social e moral. Byrne (1984) refere-se ao Autoconceito como a percepção de nós próprios onde estão envolvidas as nossas atitudes, sensações e conhecimentos sobre as nossas habilidades, capacidades, aparência e aceitação social. Burns (1986) descreve Autoconceito como um conjunto constituído por aquilo que podemos atingir, o que pensamos que os outros pensam de nós e aquilo que gostaríamos de ser. Recentemente, Carless e Fox (2003) definem Autoconceito como a autodescrição das capacidades, das qualidades, das características, das filosofias pessoais, da moral e dos valores, e dos papéis adoptados pelo “Eu”.

Após uma análise às definições apresentadas por estes autores constatámos que apesar da variedade terminológica subsiste uma ideia que serve de suporte a todas elas, ou seja, o Autoconceito apresenta-se como um conjunto de percepções que temos em relação a nós próprios, nas várias dimensões: física, psíquica e social. É de assinalar uma evolução na definição do conceito ao longo dos tempos, passando-se de um constructo com características unidimensionais, no qual não existe relação entre as diferentes facetas do “Eu” (não dependente das influências do meio social) à definição de um constructo de Autoconceito dinâmico e evolutivo (perspectiva multidimensional), onde o meio social influi significativamente na sua perspectivação.

Em suma, considera-se que o Autoconceito é um constructo psicológico, que não é inato, nasce das experiências e das interpretações que o indivíduo faz ao longo do seu desenvolvimento, graças à influência do meio, seja a nível social, emocional ou física, constituindo-se como um aspecto fundamental na construção da personalidade.

3. AUTOCONCEITO VERSUS AUTOESTIMA

O termo Autoconceito surge frequentemente na literatura associado ao conceito de Autoestima, sendo por vezes utilizados de forma indistinta, assim sendo os confrontos terminológicos entre estes dois conceitos têm sido, sem dúvida um entrave a esta área de investigação.

Com a influência dos Behavioristas a Autoestima passou a ser definida como dimensão do Autoconceito, na qual o indivíduo possuía sentimentos positivos e negativos acerca de algumas características específicas de si próprio. Para Weinberg e Gould (2001) o Autoconceito incorpora todos os aspectos do que pensamos que somos: ele é central na vida consciente. Como tal, muitos autores consideram o Autoconceito a medida mais importante do bem-estar psicológico. O reconhecimento da Autoestima como elemento primário do Bem-estar mental (Fox, 1998).

Segundo Fox (1999) a Autoestima é um factor determinante para o bem-estar psicológico, daí que surja ligada a aspectos que a tornam importante para a saúde mental, a saber:

- Indicador chave da estabilidade emocional e de ajustamentos às exigências da vida;
- Ligação ao bem-estar subjectivo e à felicidade;
- Valores altos de Autoestima estão normalmente associados a uma série de características positivas como a independência, liderança, adaptabilidade e resistência ao stress.

Passaremos a citar algumas opiniões que definem o constructo Autoestima e o diferenciam do Autoconceito:

Segundo Coopersmith (1967), a Autoestima é entendida como a avaliação que o individuo mantém usualmente a respeito de si mesmo, exprime a atitude de aprovação ou de reprovação e indica até que ponto o indivíduo acredita ser competente, significativo, bem sucedido e respeitável. É indiscutivelmente a faceta mais importante do Autoconceito (Vaz Serra, 1986).

Gecas (1982) salienta que é importante diferenciarmos no Autoconceito os seus conteúdos, nos quais estão abrangidas as “identidades” do indivíduo, as dimensões “avaliativas” e “emocionais” correspondentes ao que usualmente se designa por Autoestima e tem um significado muito relevante no Bem-estar de qualquer indivíduo.

Campbell (1984) define Autoestima como a boa consciência possuída pelo “Eu”. É uma construção global que promove uma referência do nível em que o indivíduo percebe o seu “Eu” como sendo uma “boa” pessoa, dependente do critério que o indivíduo usa para determinar o significado de “boa”, neste caso “boa” não carrega necessariamente um a conotação moral mas reflecte os critérios que são essenciais para o sistema de valores do indivíduo. Digamos pois, que a Autoestima se baseia nas avaliações e julgamentos que fazemos das nossas atitudes e dos nossos comportamentos, estando necessariamente ligada a sentimentos positivos e negativos da pessoa. Segundo Fox (1998) a Autoestima é um constructo avaliativo global e relativamente estável que reflecte o nível para o qual o indivíduo se sente positivamente acerca de si próprio. Importa salientar que é a componente avaliativa do Autoconceito, a Autoestima, que permite questionar se gostamos ou não do que somos (ou de uma parte do que somos). De acordo com as definições apresentadas, é importante referir que o Autoconceito e a Autoestima são aspectos distintos, embora relacionados, da Autopercepção (Damon e Hart, 1982; Harter, 1983; Wiley, 1974, 1979, citado por Ferreira, 1997).

Tal como, o Autoconceito também o conceito de Autoestima sofreu modificações ao longo dos anos. Inicialmente a Autoestima foi concebida como um conceito geral e unidimensional (Coopersmith, 1967; Marx & Winne, 1978), actualmente a Autoestima é considerada como um agregado de distintas auto-avaliações relativas a domínios específicos (Harter, 1982).

Numa tentativa de clarificar a problemática resultante da definição destes dois conceitos, podemos dizer que o Autoconceito constitui apenas e somente a percepção própria do “Eu”, enquanto a Autoestima é um constructo avaliativo traduzindo o valor que cada um dá a essa percepção, ou seja, às suas características, às suas limitações e aos seus potenciais atributos.

4. MODELOS DE INTERPRETAÇÃO DO AUTOCONCEITO

Com base nas diferentes concepções teóricas acerca da organização do Autoconceito, surgiram tentativas de criação de modelos estruturais do “Eu”. Modelos esses que inicialmente se baseavam numa perspectiva unidimensional (Rosemberg, 1965), evoluindo até um modelo de carácter multidimensional e

hierárquico (Shavelson, Hunbner & Stanton, 1976). Este modelo prevalece até hoje como sendo o mais aceite e apoiado por diversos autores (figura. 1)

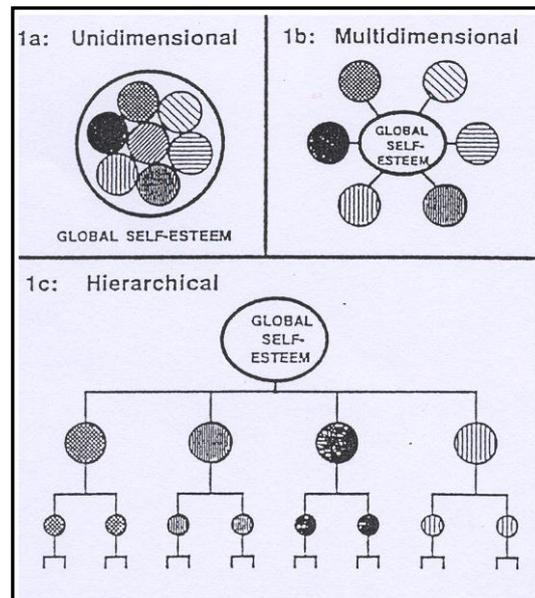


Figura 1: Três modelos explicativos da estrutura da Autoestima

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

A perspectiva unidimensional foi aceite durante algumas décadas, sendo actualmente considerada como teoricamente limitada e responsável pela lenta progressão que se tem verificado na compreensão do Autoconceito. A razão para este facto foi, durante muito tempo, atribuída a questões de natureza metodológica e à fraca fundamentação teórica, bem como a utilização de instrumentos de medida ambíguos, (Harter, 1983; Sonstroem, 1984; Wylie, 1974 e 1979).

Este modelo unidimensional do Autoconceito, sugeria a existência de apenas um factor geral do Autoconceito que dominava os factores mais específicos. Os defensores deste modelo argumentavam que as múltiplas dimensões do Autoconceito eram tão fortemente dominadas por um factor geral, que a separação destes factores não poderia ser adequadamente diferenciada (Coopersmith, 1967; Marx & Winne, 1978).

Alguns autores (e.g., Harter [1983]; Rosemberg [1979]; Wylie, [1979] citados por Fox & Corbin, [1989]), têm criticado fortemente esta perspectiva, uma vez que tem resultado na criação de instrumentos de validade questionáveis, com fraca

fundamentação teórica, que tem limitado o valor da investigação no campo da compreensão da estrutura da Autoestima e dos mecanismos envolvidos na sua alteração.

Deste modo, o Autoconceito surge como uma estrutura multifacetada, e não como o resultado da soma de todas as partes (Sherrill, 1997). Segundo Fox e Corbin (1989) o maior avanço na teoria do Autoconceito foi a aceitação da Multidimensionalidade deste constructo.

Para que o modelo de Shavelson, Hunbner e Stanton (1976), fosse actualmente aceite e se tornasse realidade muito contribuíram os trabalhos realizados por Harter (1985a); Marsh, Barnes, Cairnes; Tidman (1984); Soule; Drummond e McIntire (1981), citados por Ferreira, 1997. Estes demonstraram de uma forma convincente que, desde os 7, 8 anos de idade, as crianças tornam-se cada vez mais capazes de se julgar a elas próprias, de modo diferenciado e de acordo com os diferentes domínios envolvidos nesse julgamento

Segundo estudos realizados sobre esta nova perspectiva multidimensional da Autoestima criaram-se instrumentos com sub-escalas separadas, as quais são utilizadas na avaliação da percepção das diferentes dimensões do Autoconceito, permitindo afirmar a existência de uma estrutura do “Eu” que se torna progressivamente diferenciada com a maturidade cognitiva. Estes estudos levaram a que Harter e os colegas (1988) desenvolvessem perfis de Autopercepção separados para crianças, adolescentes e adultos.

Shavelson, Hubner e Staton (1976) citado por Fox e Corbin (1989) apresentaram um modelo hierárquico educacionalmente orientado no qual se colocava o constructo geral do Autoconceito no vértice do modelo, o qual era submetido a representações do “Eu”, de natureza avaliativa e descritiva, em cada um dos domínios em que se subdividia: académico e não académico (Autoconceito Social, Autoconceito Emocional e Autoconceito Físico). Cada domínio é considerado como representando os efeitos combinados de percepções de um nível hierárquico inferior, numa série de subdomínios cada vez mais específicos, ou seja, à medida que se desce na hierarquia as percepções tornam-se cada vez mais específicas e fraccionadas, tornando o Autoconceito geral situado no topo do modelo cada vez menos influente. (ver figura. 2).

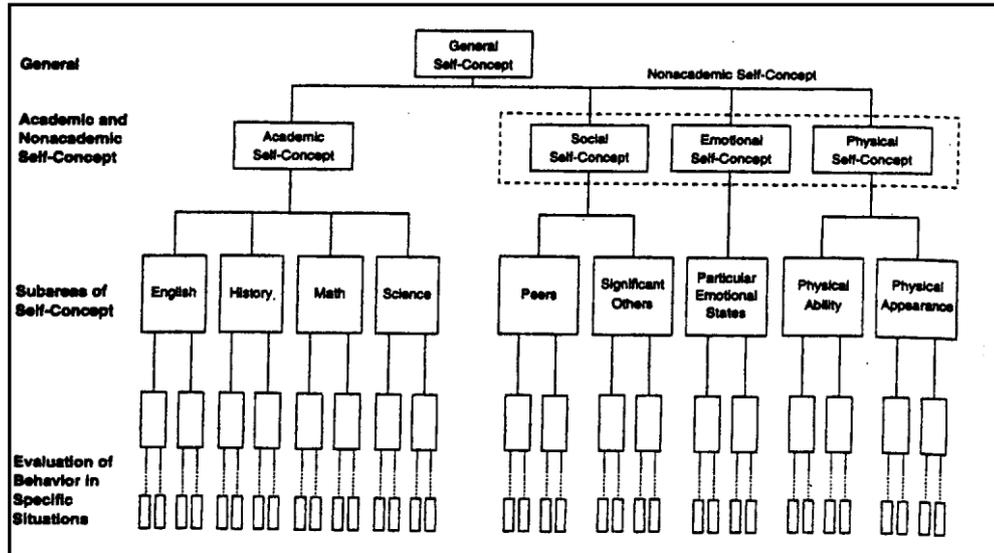


Figura 2: Modelo Hierárquico Multidimensional do Autoconceito.

R. J. Shavelson, J.J. Hubner e G.S Staton (1976). Self – concept: Validacion of construct interpretations. *Review of Educacional Research*, 46: 413.

Shavelson, Hubner e Staton (1976) apresentaram uma possível representação para este modelo hierárquico, no qual o Autoconceito geral aparece no topo do modelo, sucedendo-se no nível hierárquico seguinte os domínios no qual se subdivide este Autoconceito geral: académico e não académico. Por conseguinte, verificamos que o Autoconceito académico está relacionado com áreas muito específicas como a História, a Matemática, entre outras. Por sua vez o Autoconceito não académico é dividido em três áreas: Autoconceito social (subdividido em áreas específicas variando de acordo com as pessoas significativas para o indivíduo), Autoconceito emocional (estados emocionais particulares do indivíduo) e Autoconceito físico (aptidão e aparência física).

Este modelo revelou ser bastante atractivo porque segue um caminho pelo qual a interacção regular com os diferentes dimensões da vida poderá modificar os aspectos mais globais e duradouros do Autoconceito e da Autoestima.

Assim, para melhor compreender o modelo de Shavelson *et al.* (1976), teremos de analisar a definição conceptual que o suporta, pois bem os autores descrevem o Autoconceito como as Autopercepções que cada um faz do envolvimento que rodeia, com base nas suas experiências e interpretações, completando com outra definição que nos diz que o Autoconceito não constitui uma entidade no interior do indivíduo mas sim um constructo hipotético que é

potencialmente útil na explicação e predição do modo como o indivíduo age o que, por sua vez vai influenciar as suas Auto percepções.

Podemos ainda identificar sete aspectos críticos na definição do constructo do Autoconceito, de acordo com os autores supracitados: (1) Organizado e estruturado; (2) Multidimensional; (3) Hierárquico, com percepções do comportamento pessoal em situações específicas na base da hierarquia, comportando inferências acerca do “Eu” em vastos domínios (tais como, o social, físico e académico) situados em níveis intermédios da hierarquia, e um Autoconceito geral localizado no topo do modelo; (4) Estável, no vértice da hierarquia mas torna-se cada vez mais instável à medida que descemos naquela; (5) Multidimensionalidade crescente relativamente à idade; (6) Avaliativo e descritivo, as Auto percepções podem ser aprendidas em oposição a ideais absolutos ou pessoais, em que cada indivíduo pode dar importância e pesos diferentes a dimensões específicas; (7) Diferenciado, relativamente a outros constructos.

O modelo de Shavelson *et. al.* (1976) tem sido alvo de diversos estudos experimentais, que têm na sua maioria apoiado e suportado amplamente a sua base empírica, constatando que o Autoconceito é substancialmente mais diferenciado e menos hierarquicamente organizado do que aquilo que foi inicialmente proposto.

Para testar o modelo propriamente dito, Marsh e Shavelson (1985), usando respostas ao *Self Description Questionnaire* (SDQ), encontraram um suporte para este modelo, porém, a hierarquia provou ser mais complicada do que o suposto inicialmente. Isto levou a uma revisão do modelo, que foi também testado empiricamente (Fleming & Courtney, 1984; Fleming & Watts, 1980; Marsh & Shavelson, 1985), e que resultou posteriormente num forte apoio para a validação da multidimensionalidade do Autoconceito.

Outros estudos realizados com o objectivo de testar a estrutura deste modelo e a sua multidimensionalidade, verificaram que o Autoconceito geral situado no topo do modelo e o Autoconceito académico localizado no nível seguinte da hierarquia, apesar de correlacionados entre si apresentavam cada um deles facetas separadas do Autoconceito (Byrne, 1986; Shavelson & Bolus, 1982). Estas facetas constituíam Autoconceitos mais específicos relacionados com as ciências e eram igualmente interpretados como distintos, embora correlacionados entre eles e correlacionados com Autoconceito académico. Ao analisarmos esta estrutura hierarquizada, dinâmica

e multidimensional, abrimos caminho para o estudo da componente física do Autoconceito geral, o Autoconceito Físico.

4. O AUTOCONCEITO FÍSICO

Partindo do reconhecimento da multidimensionalidade do Autoconceito geral, estudos realizados por Marsh (1988), Byrne e Shavelson (1986), verificaram a existência de uma componente física do Autoconceito, que apesar de fazer parte do Autoconceito não académico, diferenciava-se das suas componentes por um lado e, por outro, mostrava-se consistentemente relacionado com as suas outras duas facetas, competência física e a aparência física. É importante salientar que cada uma destas facetas, é por si só, uma estrutura multidimensional, a qual se torna progressivamente diferenciada tanto com a idade como com a maturidade cognitiva do indivíduo.

Segundo Fox (1998) o corpo é reconhecido como o principal veículo de comunicação social sendo conseqüentemente utilizado para expressar sexualidade e estatutos, ganhando um significado crítico na autoavaliação global. Desta forma o Autoconceito físico tem vindo a ocupar uma posição central na teoria das Autopercepções, uma vez que o corpo através da sua aparência, habilidades e atributos estabelece uma ligação única entre o indivíduo e o mundo que o rodeia.

Para Fox (2000) não é surpreendente que o Autoconceito físico tenha demonstrado de uma forma consistente, uma forte correlação com a Autoestima Global no decorrer da vida, esta correlação é largamente explicada com avaliações da aparência física ou da Imagem Corporal mas também com competências físicas específicas, tais como a competência desportiva, a percepção do fitness e a saúde mental. A Autoestima como factor de Bem-estar para a população emerge da importância que a Imagem Corporal tem na sociedade de hoje, estabelecendo-se um forte relacionamento entre estas duas componentes do “Eu”.

Como se pode verificar através da figura 3, à semelhança do modelo de Shavelson, Hubner e Staton (1976), no modelo hierárquico do Autoconceito físico, o topo é preenchido pela Autoestima Global, sendo que no nível intermédio se encontram domínios de competência, tal como foi proposto pelo modelo de Harter (1982), em que cada domínio é composto por diferentes subdomínios mais específicos. Este modelo assume particular importância, uma vez que o domínio

físico se encontra especialmente desenvolvido. Ele foi enriquecido com a introdução de outras concepções hierárquicas (Fox & Corbin, 1989; Marsh & Shavelson, 1985).

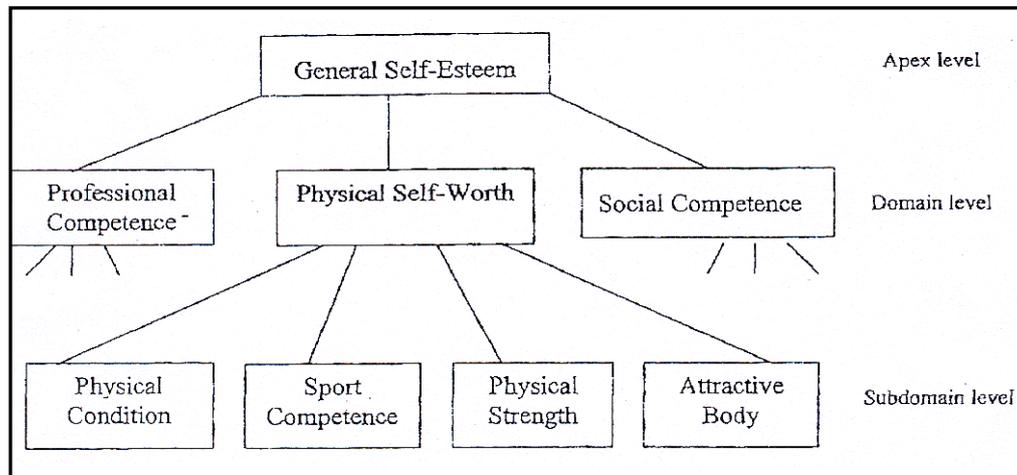


Figura 3 - Modelo hierárquico da Autoconceito físico.

K.R Fox & C.B Corbin (1989). The Physical Self- Perception Profile: Development and preliminary validacion. *Journal of Sport and Exercice Psychology*, 11: 408-430.

Com o objectivo de aprofundar o campo de pesquisa das Auto percepções no domínio físico, Fox e Corbin (1989), dedicaram-se à criação de um perfil que compreendesse a importância dos seus estudos para o entendimento da estrutura do Autoconceito Geral e do comportamento no domínio físico. Por conseguinte, surge o *Physical Self-Perception Profile* (PSPP). Para Sonstroem (1997, citado por Fox, 1997) este instrumento foi considerado como um importante avanço no estudo do eu físico.

Um estudo realizado por Sonstroem e Potts (1996), indica que o facto das Auto percepções no domínio físico terem alcançado um papel tão relevante, leva a considerar que tenham adquirido propriedades intrínsecas, por seu próprio direito, no Bem-estar mental. A partir do momento em que Autoestima e os componentes do Autoconceito físico têm sido progressivamente valorizados em programas de saúde comunitária, bem como em contextos de natureza clínica e educacional, como importantes indicadores de saúde mental, o estudo das Auto percepções no domínio físico readquiriu um interesse adicional, (USDHHS, 1999).

Segundo Fox (2000) não é surpreendente o facto da Autoestima ter sido considerada fundamental para o Bem-estar mental. Aliás várias características levam a considerar a Autoestima relevante para a saúde mental:

- Tem sido vista como uma chave indicadora da instabilidade emocional (Sonstroem, 1997).
- Esta intimamente relacionada com o bem-estar e com a felicidade (Diener, 1984).
- Está associada a características positivas, tais como, independência, liderança, adaptabilidade, e resistência ao stress (Wylie, 1989).
- Está relacionada com escolha, persistência e sucesso numa vasta escala de realização e comportamentos saudáveis relacionados.
- A baixa Autoestima acompanha frequentemente doenças mentais e desordens psíquicas, tais como: depressão, ansiedade, fobia (Baumeister, 1993), e que têm como consequência a necessidade de recursos a terapias durante períodos prolongados (Rogers, 1951).

4.1 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO AUTOCONCEITO FÍSICO

O estudo das Autopercepções no domínio físico é uma área de estudo em desenvolvimento, durante a década de noventa foram publicados estudos e apresentados instrumentos de medida, no entanto nenhum deles avaliou convenientemente os aspectos multidimensionais do Autoconceito Físico. Porém nos últimos anos grandes avanços têm sido conseguidos ao nível da fundamentação teórica e dos instrumentos de avaliação do “Eu”. Estes instrumentos têm-se tornado cada vez mais fiáveis e válidos sendo capazes de avaliar e interpretar a forma como os indivíduos autopercepcionam a sua dimensão física.

Deste modo, o modelo hierárquico do Autoconceito promoveu as bases para a descoberta de vários instrumentos que não foram consistentemente fiáveis ou válidos até meio dos anos oitenta, quando Marsh e os seus colaboradores Marsh, Barnes, Cairnes; Tidman (1984); desenvolveram o *Self-Description Questionnaire* (SDQ) para testar o modelo de Shavelson *et. al.* (1976) e algumas modificações posteriores (Marsh & Shavelson, 1985). Três versões são avaliáveis, o que inclui o SDQ-I (Marsh & Shavelson, 1984) para pré-adolescentes, o SDQ-II para adolescentes (Marsh, Parker & Barnes, 1985) e o SDQ-III para jovens adultos (Marsh & O’Neill, 1984). O SDQ-III distingue diferentes escalas do Autoconceito, e tem sido consideravelmente utilizado para avaliar a validade dos constructos do modelo de

Shavelson, Hubner e Staton (1976). Este instrumento permitiu avaliar domínios específicos do Autoconceito, nomeadamente: académico, físico, social e emocional.

As versões do SDQ têm sido grandemente utilizadas no campo de pesquisa das Autopercepções, particularmente usando novas técnicas de análise covariância com o intuito de testar o modelo de Shavelson *et. al* (1976).

O domínio físico tem sido incluído em modelos de Autoestima e tem sido frequentemente representado pela aparência física e constructos de habilidade física, como parte de um modelo multidimensional e hierárquico mais abrangente (Shavelson, Hubner & Staton, 1976), no seguimento deste modelo Fox & Corbin (1989) desenvolveram o *Physical Self-Perception Profile* (PSPP) e introduziram uma perspectiva mais elaborada para o estudo das Autopercepções no domínio físico. O PSPP é instrumento multidimensional que na sua versão original é constituído por 30 itens, organizados em 5 sub-escalas, designadamente Competência Desportiva, incluindo percepções de capacidade atlética e de competência, de capacidade para aprender novos skills e de confiança em contextos desportivos; Condição Física, inclui percepções sobre o nível de condição física, a capacidade de manter um exercício físico regular e ainda a confiança em ambientes de actividade física; Atracção Corporal, inclui a percepção relativa à atracção exercida pela figura ou físico, capacidade para manter o corpo atractivo e confiança na sua aparência; Força Física, inclui percepções relativas à força física, do desenvolvimento muscular e da confiança individual em situações que requerem o uso da força; e por fim a Autovalorização Física, inclui sentimentos gerais de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no “Eu Físico”

Este instrumento tem sido mundialmente utilizado para medir as Autopercepções no domínio físico em diferentes grupos, tais como crianças e jovens (Welk, Corbin & Lewis, 1995; Whitehead, 1995; Eklund, Whitehead & Welk, 1997; Hagger, Ashford & Stambulova, 1998, Crocker, Eklund & Kowalsky, 2000 citados por Ferreira, 2004) e adultos de meia idade e mais idosos (Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992) tendo sido obtidos bons resultados.

A fiabilidade e validade deste instrumento foram testadas em diversas investigações, sendo actualmente o instrumento que valida as Autopercepções no domínio físico. Contudo, foram levantadas algumas questões relativas à estrutura do PSPP, envolvendo a tradução aquando da aplicação deste questionário, em países cuja a língua materna não é a Inglesa, devido às diferenças culturais.

A tradução deste instrumento para a língua portuguesa por Fonseca, Fox e Almeida (1995) citado por Ferreira e Fox (2002) sob a designação perfil de Auto percepção Física (PSPPp), possibilitou o estudo das Auto percepções no domínio físico segundo uma nova dimensão, conferindo-lhes uma perspectiva multidimensional.

Porém, Van de Vliet *et. al.* (2002), sugeriu um modelo três dimensões para o PSPP desenvolvido na Bélgica para populações doentes e com problemas psiquiátricos e descobriu através da confirmação da análise factorial a combinação de 2 sub-escalas, Competência Desportiva e Condição Física em apenas uma designada Confiança Física. Estudos efectuados na população portuguesa também sugerem uma estrutura factorial algo diferente para a versão portuguesa do PSPPp.

Recentemente, vários estudos usando a versão portuguesa (PSPPp) utilizando diferentes amostras da população incluindo jovens estudantes, no final do ensino secundário, adultos jovens, estudantes universitários (Ferreira & Fox, 2002, 2003) e ainda adultos praticantes de exercício físico em contextos não competitivos (Fonseca & Fox, 2002), evidenciaram a validade e funcionalidade da versão Portuguesa do PSPP e ainda confirmaram um forte suporte para a existência de um modelo factorial do PSPPp com 3 dimensões (Confiança Física, Atracção Corporal e Força Física) para a população portuguesa (Ferreira, 2004). Este instrumento foi também validado para a população Portuguesa com deficiência motora num estudo elaborado por Ferreira, Fonseca & Santos, 2004 citado por Ferreira 2005, sendo mais uma vez encontrado suporte para o modelo de 3 factores sugerido por Fonseca e Fox (2002) e Ferreira e Fox (2002b, 2003) para a população Portuguesa sem deficiência em alternativa ao modelo de 4 factores originalmente proposto por Fox e Corbin (1989).

5. IMAGEM CORPORAL E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM

O termo Imagem Corporal, surge na literatura associado a uma diversidade de conceitos, podendo ser por vezes confundido com a Autoestima Global. Porém, não podemos esquecer que a Autoestima, componente avaliativa do Autoconceito, está em parte dependente da satisfação com a Imagem Corporal. Desta forma compreende-se a forte ligação existente entre os dois conceitos.

Baptista (2000), reforça esta ideia dizendo que a Autoestima parece estar significativamente correlacionada com a Imagem Corporal, sendo o seu constructo multidimensional responsável por alterações positivas nesta.

A Imagem Corporal como constructo multidimensional passou a ser aceite na década de 80, tendo Cash e Brown (1989) sugerido que a esta seria uma idealização multidimensional defendida pelas percepções e atitudes (afectivas, cognitivas e comportamentais) que o indivíduo tem em relação ao seu corpo.

Ao analisarmos a literatura revista encontramos diferentes definições para o constructo Imagem Corporal, tendo este evoluído ao longo dos tempos tal como os constructos anteriormente referidos. De acordo com Brunchon – Schweitzer (1987), Imagem Corporal são as atitudes, sentimentos e experiências que o indivíduo acumulou no seu corpo, integrados numa percepção global. Fisher (1990) define Imagem Corporal como a experiência psicológica do nosso próprio corpo.

Slade, 1994, citado em Taleporos e McCabe, 2001 refere-se à Imagem Corporal como uma representação mental da forma e tamanho do corpo influenciada por uma variedade de factores históricos, culturais e sociais, individuais e biológicos, que operam sobre diversas situações da vida. Este autor considera a Imagem corporal como um constructo multidimensional, pois a imagem do corpo abrange duas dimensões, a afectiva e a cognitiva, que por sua vez determinam a Autoestima corporal. (Mayer e Eisenberg, 1998, citado em Taleporos & McCabe, 2001).

Ferreira (1997) define que a imagem que o indivíduo tem de si próprio, como entidade física, inclui a dimensão das características (quer da porção corporal, quer da performance) e todas as apreciações que são feitas relativamente ao próprio corpo, estas resultam das interacções sociais que o indivíduo estabeleceu ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Muitos estudos acerca deste constructo permitiram chegar à conclusão que variáveis físicas, tais como: peso e altura, assumem um papel importante na forma a dar à Imagem Corporal. Estes estudos focalizaram-se na avaliação das satisfações subjectivas com diversas partes do corpo (Mahoney & Finch, 1976). Fox (1997) refere-se à Autoimagem (Imagem Corporal) como uma representação mental que o indivíduo tem do seu corpo.

Por fim devemos salientar que a Imagem Corporal, é apenas um dos muitos factores que contribuem para a variação do Autoconceito geral, através da sua estrutura hierárquica assente em aspectos académicos e não académicos. É no

Autoconceito Físico que vamos encontrar a Imagem Corporal nas suas dimensões objectiva e subjectiva.

6. PROBLEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA NA SOCIEDADE ACTUAL

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

6.1 ABORDAGENS SOCIAIS À DEFICIÊNCIA

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

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

Taleporos & McCabe (2001), afirmam que o corpo com deficiência motora é visto negativamente pela nossa sociedade. Estudos realizados por estes mesmos autores sugerem que o feedback do ambiente social é um poderoso mediador da Autoestima de indivíduos com deficiência motora, desta forma a pesquisa no campo da deficiência motora e da Autoestima refere que estes indivíduos não se comportam da forma que as pessoas gostariam, o que geralmente resulta em comportamentos inaceitáveis que, por sua vez, são influenciados por sentimentos físicos e sexuais pouco atractivos. Stone (1995) argumentou que a deficiência motora é percebida como uma condição para ser evitada tanto quanto possível.

As Autopercepções negativas podem resultar de uma grande variedade de fontes, incluindo experiências de socialização, oportunidades restritas, rotulação

social da deficiência como “estado” do indivíduo (Becker, 1963; Blind & Taub, 1996; Brasile, 1990; Finkelstein & French, 1993; citado por Blind e McClung, 1997). Tais experiências e crenças são frequentemente manifestadas através de respostas sociais tais como, a segregação, a desvalorização, a estigmatização e discriminação (Croacker, 1993; Nixon, 1984; Royce & Edwards, 1989; Sagarin, 1975; Sherrill, 1976^a, in press; Snyder, 1984; Taub & Blind, 1996; citado por Blind e McClung, 1997).

Oliver (1996) apresenta dois modelos da deficiência, que retratam perspectivas diferentes sobre a relação entre a incapacidade e a sociedade. Assim, apresenta o modelo médico e modelo social: o modelo médico assenta nas características do indivíduo, defendendo a concepção tradicional de deficiência, como o resultado de uma incapacidade física ou mental, segundo este modelo as pessoas incapacitadas são vistas habitualmente como tendo “corpos danificados” ou mentes “falhadas”.

O modelo social, surge nos anos setenta em oposição clara ao modelo médico. O conceito de incapacidade foi gradualmente reformulado e passou a ser compreendido como forma de opressão social, este novo conceito surge na sequência da luta das pessoas com deficiência e seus grupos representativos, de situações de rejeição social para instituições residenciais, exclusão do mercado de trabalho, de oportunidades de ganhar a vida, relegando-os para a pobreza (Barton, 1997, Campbell, 1996, Oliver, 1996 citados em Oliver, 1996). Segundo esta perspectiva o termo deficiência não existiria, se a sociedade não criasse as barreiras que são colocadas às pessoas portadoras de deficiência. Segundo, Thomas (2002) citado em Oliver (1996) a concepção de deficiência refere-se a um tipo de opressão social que entra no vocabulário lado a lado com outros termos, tais como, sexismo, racismo, entre outras práticas discriminatórias

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

| <i>Modelo médico/individual</i> | <i>Modelo Social</i> |
|---------------------------------|---|
| • Teoria da tragédia pessoal | • Teoria da opressão social |
| • Problema pessoal | • Problema social |
| • Tratamento Individual | • Acção social |
| • Medicalização | • Auto-ajuda |
| • Dominância profissional | • Responsabilidade individual e colectiva |
| • Especialistas | • Experiência |
| • Adaptação | • Afirmção |
| • Identidade individual | • Identidade Colectiva |
| • Preconceito | • Discriminação |
| • Atitude | • Comportamentos |
| • Cuidado | • Direitos |
| • Controlo | • Escolhas |
| • Política | • Políticos |
| • Adaptação individual | • Alteração social |

Figura 4 – Modelos da Deficiência (Oliver, 1996)

M. Oliver (1996). Understanding disability: From theory to practice. London: Mcmillan Press Ltd.

O modelo social baseia-se no modelo de reabilitação proposto por Stafilius-Rothschild (1979), citado em Oliver (1996), este autor sugere que logo que uma pessoa com incapacidade tome consciência da sua condição deve aceita-la e aprender a viver com ela, isto só é possível através da potencialização das capacidades reminiscentes. Nesta situação o indivíduo com deficiência é forçado a readquirir o seu estado funcional máximo o mais depressa possível de modo a atingir a normalidade. Os pacientes deverão cooperar com os profissionais, contribuindo assim para a melhoria das novas técnicas de reabilitação.

Por outro lado, o modelo médico apoia-se na teoria de tragédia pessoal, que diz que estas abordagens são produto da imaginação psicológica, construídas com base em pressupostos do ponto de vista dos não deficientes e encarando a incapacidade como uma perda ou um tipo de “tragédia pessoal”.

Do ponto de vista desta teoria, a recuperação, cai apenas sobre os “ombros” do paciente, sendo que os profissionais médicos estarão sempre isentos de responsabilidade caso os objectivos da recuperação não sejam alcançados (Barnes, 1990 citado em Oliver, 1996).

A sociedade contemporânea foi influenciada em termos de modelação das atitudes, pelas ideias defendidas pelo modelo médico. Digamos que a maioria das pessoas encara os indivíduos com deficiência como recipientes de diversas respostas ofensivas e antagónicas que incluem sentimentos de horror, medo, hostilidade, ansiedade, super protecção (Oliver, 1986, 1996).

Em resumo, o modelo social não põe em causa o facto das pessoas com deficiência, em certos momentos terem necessidade de apoio médico, mas sim as condições sociais dadas aos indivíduos incapacitados e o tipo de relacionamento que se estabelece nesses períodos.

6.2 AUTOPERCEPÇÕES NA POPULAÇÃO DEFICIENTE MOTOR

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

O interesse e o estudo das Autopercepções no domínio físico têm-se alargado a outras populações, como é o caso do grupos com necessidades especiais, em particular indivíduos com limitações de natureza física (Ferreira & Fox 2004), onde as percepções foram hipoteticamente consideradas como podendo ser formuladas de forma alternativa, tendo por base diferentes critérios em resultado da sua deficiência (Ferreira e Meek, 2001). Contudo, o estudo dos aspectos particulares do Autoconceito Físico e da Imagem Corporal em pessoas portadoras de deficiências motora constitui ainda uma área pouco aprofundada.

Autores como Carless & Fox (2003) enfatizam o facto de que, para estudar alterações mais pronunciadas nas Autopercepções, é potencialmente efectivo considerar as experiências vividas pelas pessoas que enfrentam grandes desafios em termos de limitações, doenças e deficiências físicas. Uma vez, que de acordo com os autores as alterações traumáticas e situações cruciais na saúde têm, provavelmente um impacto mais perceptível do “Eu” no Bem-estar mental em comparação com os efeitos graduais verificados na população geral.

A construção ou reconstrução da biografia individual de cada pessoa tem sido alvo de diversos estudos. A formação do “Eu”, ou constituição de uma nova identidade pode considerar-se um processo crítico, fundamentalmente em indivíduos com incapacidades físicas. Tornar-se deficiente ou nascer deficiente, pressupõe uma aprendizagem que decorre de um contínuo processo de interacção social, onde se desenvolvem as Autopercepções (Ferreira, 2005).

Yoshida (1993), analisou o processo de reconstrução do “eu” e da identidade individual em diferentes indivíduos que contraíram lesão medular traumática e conceptualizou-o como um processo pendular e dinâmico que oscila entre os diferentes aspectos associados ao “Eu com deficiência” e o “Eu sem deficiência”. Digamos que este aspecto prende-se com o facto de os indivíduos, após a ocorrência da lesão, estabelecerem comparações entre o “antigo-Eu” e o “novo-Eu”. Este processo de comparação pode-se desenrolar de diferentes maneiras, mantendo um *continuum* entre o antes e o depois, ou assumindo um momento de ruptura do qual se desenvolve uma nova identidade individual.

Ao analisarem o impacto da deficiência motora na Autoestima corporal, constructo de natureza multidimensional, composto por duas dimensões, afecto e cognição. Taleporos e McCabe (2001) concluíram que a deficiência motora pode exercer uma influência adversa sobre sentimentos relativos à atracção física e sexual, assim como fortes sentimentos negativos face ao corpo em consequência da vergonha, do desconforto e da falta de aceitação face à deficiência, do desejo de esconder a deficiência bem como o descontentamento e stresse para com o próprio corpo.

Um estudo com 47 adultos do sexo masculino com lesões na espinal medula salientou o impacto negativo da deficiência motora na imagem corporal (Romeo, Wanlass & Arenas, 1993 citado por Ferreira, 2005). Estes autores concluíram que a percepção e a Satisfação Corporal relativa às capacidades corporais tinha um impacto negativo nestes indivíduos.

6.2.1 INDIVÍDUOS ACTIVOS VERSUS SEDENTÁRIOS

O estudo das Autopercepções no domínio físico tem vindo a mostrar que a actividade física está intimamente ligada com as dimensões do Autoconceito Físico e

com o Bem-estar psicológico na população com deficiência motora. Diversos estudos referem que os indivíduos que praticam actividade física regular apresentam um Bem-estar psicológico superior aos indivíduos sedentários.

Desde 1980, que os benefícios ao nível da saúde associados à prática de exercício físico têm contribuindo para aumento dos participantes com deficiência em actividades de carácter competitivo e recreacional. Marks (1999), citado por Machado (2004) enfatizou a importância sociológica do desporto para deficientes, pois a influência desta actividade nos indivíduos pode ser não só verificada através da sua relação com os outros mas também na relação com eles próprios. A participação na actividade desportiva, fornece ao indivíduo um contexto que permite desafiar as Autopercepções de um “corpo deficiente”, pois se os programas forem bem orientados e devidamente estruturado, a natureza física da participação pode realçar mais a habilidade do que a própria deficiência (Shearer, 1977; Sherrill, 1986a; citado por Blinde & McClung, 1997).

De acordo com diversos autores uma das potenciais formas de elevar as Autopercepções positivas de um indivíduo com deficiência é a promoção da sua participação em actividades desportivas de carácter recreativo ou competitivo, ou seja em programas focados para o desenvolvimento de habilidades que reforcem as Autopercepções positivas (Fox, 2000). Segundo o mesmo autor, os níveis elevados de Autopercepção associados a prática de actividade física contribuem para que os indivíduos evitem os efeitos de inactividade física ao nível do Bem-estar social, como por exemplo a desistência e o desinteresse por actividades de natureza comunitária que contribuam de uma forma clara para a redução de interacção social.

Duarte *et. al.* (1997) ao analisarem o Autoconceito de indivíduos amputados praticantes e não praticantes de actividades desportivas, verificaram que os níveis do Autoconceito dos praticantes eram mais elevados. Resultados semelhantes foram obtidos a nível da Autoestima, Sherril (1997) verificou que os atletas com deficiência têm uma Autoestima significativamente mais elevada que os deficientes não atletas.

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

Willis & Campbell (1992) ao compararem atletas e indivíduos sedentários, verificaram que os primeiros eram mais positivos em relação ao seu Bem-estar psicológico, justificando essa percepção positiva pela combinação de factores sociais, psicológicos e fisiológicos.

Blind & McClung (1997) examinaram o impacto das actividades de natureza recreacional nas percepções no domínio social e no domínio físico, em 23 indivíduos com incapacidades físicas, explorando aspectos de natureza qualitativos relacionados com a sua experiência individual de participação. A participação neste tipo de programas apresentava repercussões em quatro áreas relacionadas com o domínio físico: 1) Novas formas de vivenciar o corpo; 2) Desenvolver percepções relacionadas com atributos físicos; 3) Redefinir as capacidades físicas; 4) Aumentar o nível de confiança percebida para a realização de novas actividades de natureza física. Com este estudo os autores concluíram que a participação de pessoas com deficiência em programas de actividade física regular e desporto proporciona oportunidades para os indivíduos melhorarem o Autoconceito físico e social.

O estudo elaborado por (Ferreira, Fonseca & Santos, 2004, citado por Ferreira, 2005) para avaliar as Autopercepções no domínio físico, em indivíduos com e sem deficiência, comparando-os com 2 grupos de indivíduos sedentários, sem deficiência, levou às seguintes conclusões: os praticantes de actividade física com e sem deficiência, obtiveram valores médios de Autopercepção no domínio físico e de Autoestima global mais elevados, quando comparados com indivíduos sedentários sem deficiência. Este estudo vem reforçar a ideia de muitos investigadores, quando se referem que a actividade desportiva, correctamente orientada, traz oportunidades de experimentarem o sucesso e a realização, bem como sentimentos positivos acerca de muitos aspectos do ser (Sherrill, 1997). Assim, após a análise dos diferentes estudos que envolvem a prática desportiva e os indivíduos com deficiência motora, chegamos à conclusão que a prática regular de actividade física melhora, na maioria dos casos, as Autopercepções dos indivíduos nela implicados.

7. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM AMPUTAÇÃO E LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

Deficiência é hoje vista como uma entidade multidimensional, específica da cultura, da história, socialmente construída, e mediada pelo período de ocorrência da lesão pela natureza da incapacidade, pelo estatuto sócio económico, pelo género, pelo grupo étnico, e ainda pelos múltiplos papéis, expectativas, aspirações e percepções que cada indivíduo incorpora no seu “Eu” (Sherrill, 1997).

Deficiência motora é definida como a perda das capacidades afectando directamente a postura e/ou o movimento, em consequência de uma lesão, congénita ou adquirida, nas estruturas reguladoras e efectoras do movimento no Sistema Nervoso, (Rodrigues, 1981).

Pois bem, o nosso estudo assenta sobre dois grupos da deficiência motora: traumatizados vertebro-medulares (paraplégia e tetraplégia), e indivíduos amputados.

7.1 AMPUTAÇÕES

Amputação refere-se à ausência de um membro na sua totalidade ou apenas à perda de um segmento desse mesmo membro. Esta deficiência quanto à origem denomina-se congénita ou adquirida. Caso esta malformação ou ausência de um membro ocorra durante os primeiros três meses de gravidez, denomina-se congénita. Classifica-se como adquirida, sempre e quando é resultante de uma doença (tumor) ou de um trauma, as amputações traumáticas têm origem em acidentes ou em doenças do foro psicológico. As doenças mais comuns são a diabetes, arteriosclerose e embolias.

As amputações podem ser classificadas em nove classes, de acordo com a *Internacional Sports Organization for the Disabled (ISOD)*. A maioria das amputações são provocadas por doença vascular, envolvendo cerca de 90% dos membros inferiores, desta cerca de 50% são relativas a amputações abaixo do joelho (Friedman, 1994 citado em Winnick, 2000).

A criação de próteses (cada vez mais leves e funcionais) tem sido o grande avanço na medicina, levando a uma minimização das consequências resultantes de uma amputação. Contudo, a perda de um membro, é um momento de grande tensão emocional, com grande impacto na vida do indivíduo, originando uma série de respostas psicológicas complexas que podem conduzir ou não a um adequado

ajustamento a essa perda. Neste momento o acompanhamento terapêutico é muito importante para a redução da tensão emocional e recuperação do indivíduo. A amputação afecta o esquema corporal do individuo e conseqüentemente a Imagem Corporal, tornando-se particularmente perturbadora no adolescente e no jovem adulto.

7.2 LESÃO VERTEBRO-MEDULAR

Os indivíduos traumatizados vertebro-medulares são divididos etimologicamente por diversos autores em dois grupos: lesões de natureza traumática, existentes em maior número, sendo resultantes de acidentes de aviação, acidentes de trabalho, acidentes domésticos e desportivos (Bromley, 1998); e as lesões não traumáticas, que nos indivíduos adultos resultam geralmente de uma doença ou influência patológica, tais como disfunções vasculares, trombose, embolia, subluxações vertebrais secundárias à artrite reumatóide ou doença articular degenerativa, entre outras.

Um traumatismo vertebro-medular origina normalmente uma de duas situações paraplégia ou tetraplégia, dependendo da zona da coluna vertebral onde a lesão ocorre. Denomina-se paraplégia, quando ocorre um paralisia parcial ou completa do tronco e dos membros inferiores como consequência de lesões na espinal medula da zona torácica, lombar ou zona sacra, levando à interrupção das transmissões nervosas. Fala-se em tetraplégia sempre e quando ocorra uma lesão a nível da região cervical, causando uma diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial no segmento da coluna vertebral. A lesão pode ser classificada como completa ou incompleta: é completa quando o dano é apenas extensível aos impulsos nervosos do cérebro abaixo do nível da lesão, ou incompleta quando alguns desses nervos escapam sem prejuízo (Bromley, 1998). A lesão completa é originada por uma transecção completa, por uma compressão grave ou intensa, ou ainda por uma deterioração vascular na medula. Neste tipo de lesão não se verificam funções sensitivas abaixo do nível da lesão. Por outro lado, a lesão incompleta é causada por contusões produzidas por pressão sobre a medula, exercida por osso e/ou tecidos moles deslocados, ou por um edema situado no interior do canal vertebral.

Um indivíduo com lesão vertebro-medular está sujeito a complicações que advém do traumatismo. As complicações que podem estar implícitas numa lesão

medular são divididas em dois níveis: complicações primárias, das quais fazem parte as deficiências respiratórias, espasticidade, disfunção sexual e alterações intestinais; complicações secundárias, que dizem respeito a hipotensão postural, formação óssea heterotópica, contracturas, úlceras de pressão, osteoporose, entre outras. Nas lesões mais altas verifica-se uma perda da sensibilidade cutânea e comprometimentos a nível sexual. A presença destes distúrbios no indivíduo com deficiência física causam instabilidade emocional, que conseqüentemente pode levar a baixa Autoestima e depressão.

Apesar do indivíduo com deficiência motora, ainda ser “marginalizado” da nossa sociedade, têm surgido cada vez mais preocupações em conceder a estas pessoas um espaço na sociedade onde mereçam igual respeito e igual oportunidade de adaptação e realização psicossocial. A par da evolução social também a medicina teve necessidade de criar novos métodos de tratamento e reeducação funcional, proporcionando desta forma um aumento da esperança de vida destas pessoas.

CAPITULO III - METODOLOGIA

Depois de realizado o capítulo da revisão de literatura, onde nos debruçamos sobre os conceitos e constructos gerais inerentes a esta área específica de estudo, passamos a descrever os procedimentos metodológicos adoptados para a elaboração do presente estudo.

Assim, será apresentada e caracterizada a amostra, serão descritos os instrumentos de medida a utilizar na nossa investigação e as condições de aplicação dos mesmos. Apresentaremos também as variáveis em estudo e os procedimentos utilizados na recolha de dados, bem como uma projecção do tratamento estatístico dos mesmos.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O presente estudo baseou-se numa amostra de trinta e três indivíduos (N=33), com deficiência motora e com idades compreendidas entre os vinte e os sessenta anos, sendo a média de idades $34,15 \pm 9,99$ anos. A amostra era composta por indivíduos do género masculino, sedentários, com deficiência motora adquirida englobados numa das seguintes categorias: Traumatizados vertebro medulares (87,9%) e Amputados (12,1%). A amostra foi recolhida em três instituições hospitalares, especializadas no internamento e na reabilitação de pacientes com as características anteriormente referenciadas, mais propriamente o Hospital Rovisco Pais na Tocha, Hospitais da Universidade de Coimbra e Hospital de Reabilitação de Alcoitão.

2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Os participantes no presente estudo foram sujeitos a aplicação de uma bateria de testes adaptada e seleccionada tendo em conta as características específicas da população e as diferentes variáveis a analisar. Esta bateria era constituída por três instrumentos de medida e complementada com uma ficha de dados biográficos, para uma caracterização individual dos sujeitos envolvidos.

Com o intuito de avaliar as Autopercepções no domínio físico recorreu-se então à aplicação da versão portuguesa da Escala da Autoestima de Rosenberg – *Rosenberg*

Self Esteem Scale (1965) traduzida por Ferreira e Meek (2001), à versão portuguesa do Perfil de Autopercepção Física – *Physical Self-Perception Profile, PSPP* de Fox e Corbin (1989) – adaptada por Fonseca, Fox e Almeida (1995) e validada por Fonseca e Fox (2002), Ferreira e Fox (2002a, 2003 e 2004) e à versão portuguesa do Questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer – *French Body Image Questionnaire* (1987) – traduzido e adaptado por Ferreira (2003).

2.1 FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL

Esta ficha foi utilizada como parte integrante da bateria de testes e tem como finalidade recolher informação adicional acerca das características de cada participante no estudo, possibilitando-nos caracterizar melhor a amostra. Para tal, foi elaborada uma ficha de resposta aberta que incluía os seguintes dados:

- Dados biográficos: nome, idade, data de nascimento, sexo, estado civil e profissão/atividade. Esta última variável foi analisada com base na Escala de Warner, que estabelece 5 escalas, contudo, dado que a maioria dos indivíduos constituintes da amostra são reformados ou desempregados, houve a necessidade de criar outra escala, onde se pudessem incluir estes indivíduos. No entanto, como nenhuma destas escalas abrangia os Estudantes, criou-se a escala número sete para um indivíduo da amostra.
- Dados relativos à deficiência: origem, tipo de deficiência, tempo de lesão e grau de lesão;
- Outros dados: local e data de recolha da informação.

2.2 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Para se proceder à avaliação da Autoestima global da amostra em estudo, utilizamos a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), traduzida e adaptada à população portuguesa por Ferreira e Meek (2001). Esta escala foi concebida, inicialmente por Rosenberg (1965) e resulta de uma modificação da escala original de Gutman (1953) numa tentativa de atingir uma medida unidimensional de Autoestima global. Este instrumento de medida é constituído por dez itens, dos quais cinco estão no sentido afirmativo e cinco são feitos mediante a negação da ideia exposta. No entanto, com o

intuito de reduzir o perigo de resposta direccionada, os depoimentos afirmativos e de negação não se encontram apresentados consecutivamente mas sim de forma aleatória.

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

O valor relativo à Autoestima Global é calculado nesta escala, procedendo à soma dos valores obtidos em cada um dos seus itens, variando o valor total da escala entre 10 e 40 pontos. De enfatizar que quanto mais alta for a pontuação, mais elevado será o nível da Autoestima Global de cada indivíduo e vice-versa. A escolha da utilização deste instrumento ficou a dever-se à sua facilidade de aplicação e ao facto de já ter sido utilizada em estudos anteriores com populações portuguesas (Brochado, 1999; Sempere, 2000; Margato, 2004).

2.3 PERFIL DE AUTOPERCEPÇÕES NO DOMÍNIO FÍSICO (PSPPp)

O Perfil de Autopercepções no domínio físico (PSPP) é um instrumento multidimensional que na sua versão original é constituído por 30 itens (Fox e Corbin, 1989). Actualmente, trata-se de um instrumento fiável e em processo de validação, tendo sido já traduzido e adaptado para várias línguas, incluindo a portuguesa (como por exemplo a adaptação feita por Fonseca & Fox, 2002 e Ferreira & Fox, 2002) passando a denominar-se PSPPp.

O PSPPp foi baseado no modelo factorial do PSSPp com 3 dimensões (Confiança Física, Atracção Corporal e Força Física) para a população portuguesa (Ferreira, 2004), sendo validado para a população Portuguesa com deficiência motora num estudo elaborado por (Ferreira, Fonseca & Santos, 2004, citado por Ferreira 2005), em alternativa ao modelo de 4 factores originalmente proposto por Fox e Corbin (1989).

A sub-escala (1) – Confiança Física, corresponde aos itens 11, 12, 17, 21, 22 e 26. Esta escala foi criada através da junção dos factores Competência Desportiva e

Condição Física, que se referem às percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, à capacidade para aprender técnicas desportivas e à confiança em ambientes desportivos (competência desportiva); e às percepções acerca do nível de condição física, aptidão física, à capacidade para manter a prática da actividade física e à confiança em contextos de actividade física e *fitness* (condição física).

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

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

A sub-escala (4) – Autovalorização Física Global – corresponde aos itens 5, 10, 15, 20, 25 e 30, que incluem sentimentos gerais de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no “Eu Físico”.

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

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

2.4 QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BIQ)

O questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer (1987) é um instrumento multidimensional de tipo Likert. Este instrumento é utilizado para analisar e explorar a dimensão das percepções, sentimentos e atitudes expressas relativamente ao corpo por cada um dos inquiridos no presente estudo.

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

- Factor (1) – Acessibilidade / Retraimento incorpora os itens 8,12,15 e 18. Este factor opõe receptividade a várias experiências sensoriais e corporais.
- Factor (2) – Satisfação / Insatisfação é constituído pelos itens 3, 5, 9, 14 e 17. Este factor opõe percepções corporais agradáveis a percepções desagradáveis.
- Factor (3) – Actividade / Passividade incorpora os itens 1, 4, 6, 16 e 19. Este factor opõe eficiência física, energia e masculinidade e atributos opostos.
- Factor (4) – Relaxamento / Tensão incorpora os itens 7, 10 e 13.

Neste questionário cada um dos dezanove itens contém um par de adjectivos bipolares (ex. “*saudável*” e “*não saudável*”), sendo utilizado um formato de Likert com cinco possibilidades de resposta, para responder à questão “*considera o seu corpo como?*” A resposta varia de acordo com uma escala de cinco categorias: 1 - Muito Frequente, 2 - Com Alguma Frequência, 3 - Nem Um Nem Outro, 4 - Com Alguma Frequência, 5 - Muito Frequente. Como podemos verificar, as afirmações encontram-se repetidas, consoante se refiram ao primeiro ou ao segundo termo. Assim, as duas primeiras possibilidades de resposta dizem respeito ao primeiro termo, a terceira opção é de resposta nula, e as duas últimas referem-se ao segundo termo. A satisfação individual com a imagem do corpo obtém-se através do somatório dos itens relativos a cada uma das dimensões. A estrutura de resposta que tem por base a oferta de duas possibilidades para o mesmo item, foi adoptada de modo a reduzir as respostas socialmente desejáveis. Deste modo, o indivíduo selecciona primeiro o termo que melhor define o modo como considera o seu corpo e só depois selecciona o nível em que julga estar incluído. A escolha deste instrumento resulta da facilidade da sua

aplicação a grupos especiais, devido à simplicidade e objectividade dos itens que compõem as diferentes dimensões.

3. DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Passamos em seguida à descrição e à caracterização de cada uma das diferentes variáveis analisadas no presente estudo.

3.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- *Idade* – variável nominal quantitativa e contínua, utilizada para a recolha dos dados das pessoas com deficiência motora com idades compreendidas entre 20-60 anos. Esta variável foi organizada em 3 grupos etários: 8-20 anos; 21-40 anos; 41-60 anos.

A idade cronológica válida para o presente estudo é aquela que o indivíduo possui aquando da aplicação do instrumento, sendo estabelecida a diferença entre a data de nascimento e o momento de aplicação do questionário, por exemplo, o indivíduo que possui 18 anos e 6 meses, tem 19 anos.

- *Tipo de lesão* - variável nominal qualitativa e discreta, organizada em duas categorias: Traumatizados vertebro-medulares e Amputados.

- *Tempo de ocorrência da lesão* - variável nominal qualitativa e discreta, que nos indica o tempo de lesão do indivíduo. Esta variável foi organizada em 4 grupos: indivíduos que adquiriram a lesão há menos de 1 ano; entre 1 e 4 anos; entre 5 e 10 anos e mais de 10 anos.

3.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES

- *Nível de Autoconceito Físico* – variável nominal qualitativa discreta, que de acordo com o a revisão da literatura assenta no modelo português de 3 factores (PSPPp) analisando as quatro dimensões do Autoconceito físico (Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física).

- *Nível de Autoestima Global* – variável nominal qualitativa, é uma componente avaliativa do Autoconceito, sendo o constructo que reflecte o nível para o qual o indivíduo se sente positivamente acerca de si próprio.

- *Nível de Imagem Corporal* – variável nominal qualitativa discreta, que analisa as cinco dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade, Relaxamento/Tensão). As dimensões da Imagem Corporal representam as percepções, sentimentos e atitudes expressas em relação ao corpo de cada um dos inquiridos no presente estudo.

4. PROCEDIMENTOS

Primeiramente definimos os locais e as instituições onde poderíamos encontrar a população constituinte da nossa amostra. De seguida, procedemos ao contacto com a Direcção das diferentes instituições, com vista à obtenção da autorização para a aplicação dos questionários junto dos utentes.

A recolha de dados foi o passo seguinte e consistiu na aplicação da bateria de testes em diferentes momentos:

- Durante o mês de Fevereiro nas sessões de reabilitação do Hospital Rovisco Pais na Tocha;
- No decorrer do mês de Março no Hospital da Universidade de Coimbra, antes ou após as consultas do Serviço de Medicina Física e Reabilitação;
- Em Abril na APPCDM de Coimbra, onde recolhemos dados de um individuo tetraplégico. Ainda no referido mês dirigimo-nos ao Hospital de Reabilitação de Alcoitão, onde recolhemos dados junto dos utentes, no início ou depois da consulta, sempre que se trataram de utentes ambulatorios e durante os períodos livres, de modo a não interromper as sessões de reabilitação quando os inquiridos eram utentes internados no referido Hospital.

Aos pacientes que integraram a amostra foram explicados os objectivos do nosso estudo, assim como a sua finalidade e confidencialidade. A maioria dos questionários foram preenchidos sob a forma de entrevista, dadas as limitações físicas de muitos dos inquiridos. Deste modo também foram minimizadas as dificuldades que pudessem surgir aquando o preenchimento dos instrumentos. De salientar que o entrevistador teve a preocupação de realizar as questões sempre da mesma forma, pausadamente e com a mesma entoação, para que não induzir a resposta do “entrevistado”.

5. ANALISE E TRATAMENTO DE DADOS

A informação recolhida mediante a aplicação da bateria de testes (três instrumentos de medida e a ficha de dados biográficos individual) foi tratada em computador através da utilização do programa S.P.S.S 13.0 para o Windows versão Copyright © 2001 SPSS, Inc. Todos os dados recolhidos, bem como os resultados da aplicação das diferentes técnicas estatísticas utilizadas serão colocados em anexo.

No tratamento dos dados foi utilizada a estatística descritiva, apresentando o cálculo dos diferentes parâmetros estatísticos descritivos, de modo a organizar e analisar os dados relativos à amostra, recorrendo-se para tal aos valores de média e ao desvio padrão (como medidas de tendência central): às tabelas de frequência e respectivos valores percentuais.

Com o intuito de analisarmos as relações entre as variáveis do nosso estudo, utilizámos a One Way Anova para estabelecer comparações entre as variáveis independentes e dependentes do nosso estudo. Para comprovar as nossas hipóteses, recorreremos ao nível de significância de $p \leq 0,05$, dado ser o valor convencionado para pesquisas na área das ciências humanas.

CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

O presente capítulo tem como finalidade apresentar os resultados obtidos no estudo das Autopercepções em indivíduos do género masculino com deficiência motora e com características sedentárias. Assim, e após o tratamento dos dados recolhidos através da aplicação dos diferentes instrumentos, passaremos a apresentar os valores relativos à estatística descritiva das variáveis independentes: idade, tipo de deficiência e tempo de ocorrência da lesão e das variáveis dependentes: Autoestima Global, Autoconceito Físico (Confiança Física, Atracção Corporal, Força Física e Autovalorização Física) e Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade, Relaxamento/Tensão), de modo a descrever a amostra e as suas principais características. Posteriormente, iremos dar a conhecer os valores relativos à estatística inferencial (One Way Anova) relativos à comparação entre os diferentes grupos de variáveis em estudo.

1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

1.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Depois de analisados os dados e de caracterizada a amostra de uma forma global e objectiva, torna-se necessário utilizar parâmetros de estatística descritiva, como tabelas de frequências e valores percentuais das variáveis independentes. Em seguida, passaremos a apresentar as tabelas de frequência relativas às variáveis independentes em estudo.

Tabela 1 – Tabela de frequências relativa à variável grupo etário

| Grupo etário | Frequência | Percentagem (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| 8-20 | 1 | 3,0 |
| 21-40 | 26 | 78,8 |
| 41-60 | 6 | 18,2 |
| <i>Total</i> | 33 | 100 |

A tabela 1 apresenta os valores relativos à idade dos trinta e três indivíduos do género masculino que constituem a nossa amostra e que apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos. A maioria dos inquiridos (26) encontrava-se no grupo etário dos 21-40 anos, com um valor percentual de 78,8%. Seguem-se os indivíduos do grupo dos 41-60 anos com 6 sujeitos, ao qual corresponde uma percentagem de 18,2% e, por último, no grupo 18-20 anos encontrámos apenas 1 indivíduo.

Tabela 2 – Tabela de frequências relativa à variável estado civil

| Estado civil | Frequência | Percentagem (%) |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| Casado | 14 | 42,4 |
| Solteiro | 16 | 48,5 |
| Divorciado | 1 | 3,0 |
| União de facto | 1 | 3,0 |
| Viúvo | 1 | 3,0 |
| <i>Total</i> | 33 | 100 |

A tabela 2 apresenta os resultados relativos à variável estado civil. Assim, verificámos que a maioria dos indivíduos que integram a amostra são solteiros (16), o que corresponde a 48,5%. Seguem-se os indivíduos casados (14) com 42,4%, e, por fim, encontrámos os inquiridos que são divorciados (1), que vivem em união de facto (1) ou que são viúvos (1), correspondendo a cada um destes estados civis uma percentagem de 3,0%.

Tabela 3 – Tabela de frequências relativa à variável profissão

| Profissão | Frequência | Percentagem (%) |
|--|-------------------|------------------------|
| Nível 1 – Escala Warner | 1 | 3,0 |
| Nível 2 – Escala Warner | 5 | 15,2 |
| Nível 3 – Escala Warner | 9 | 27,3 |
| Nível 4 – Escala Warner | 4 | 12,1 |
| Nível 5 – Escala Warner | 13 | 39,4 |
| Desempregados, Reformados e Estudantes | 1 | 3,0 |
| <i>Total</i> | 33 | 100 |

Ao analisar a tabela 3 relativa à variável profissão, verificámos que a maioria dos inquiridos (13), isto é 39,4% da amostra encontra-se no nível 5 da escala de Warner (profissões consideradas menos favorecidas). É de salientar que apenas um indivíduo se encontra no nível 1 da escala de Warner (indivíduos com licenciatura ou outro grau habilitação superior), e no nível dos Desempregados, Reformados e Estudantes.

Tabela 4 – Tabela de frequências relativa à variável tipo de lesão

| Tipo lesão | | Frequência | | Percentagem (%) | |
|------------------------|-------------|------------|----|-----------------|------|
| Lesão vertebro-medular | Paraplégia | 29 | 13 | 87,9 | 39,4 |
| | Tetraplégia | | 16 | | 48,5 |
| Amputados | | 4 | | 12,1 | |
| <i>Total</i> | | 33 | | 100 | |

No que diz respeito à variável tipo de lesão, analisámos dois grupos distintos: os indivíduos com lesões vertebro-medulares (paraplégicos e tetraplégicos) e os indivíduos amputados. Assim, com base na tabela 4, relativamente à variável tipo de lesão verificámos que a maioria dos indivíduos (29) possuem um traumatismo vertebro-medular, o que corresponde a 87,9% da nossa amostra, enquanto que os restantes quatro indivíduos (12,1%) apresentam uma amputação.

Tabela 5 – Tabela de frequências relativa ao tempo de ocorrência da lesão

| Tempo de ocorrência de lesão | Frequência | Percentagem (%) |
|------------------------------|------------|-----------------|
| - 1 ano | 11 | 33,3 |
| 1- 4 anos | 11 | 33,3 |
| 5-10 anos | 4 | 12,1 |
| + 10 anos | 7 | 21,2 |
| <i>Total</i> | 33 | 100 |

Relativamente à tabela 5, no que se refere à frequência do tempo de ocorrência de lesão, observa-se que onze indivíduos adquiriram a lesão há menos de 1 ano, o que corresponde a uma percentagem de 33%. O mesmo se verifica no grupo

de 1 a 4 anos. Seguem-se os indivíduos que têm a deficiência há mais de 10 anos, com 21, 2% (7 em 33 dos inquiridos). Por fim, verifica-se que a nossa amostra é constituída por quatro indivíduos pertencentes ao grupo que adquiriu a lesão entre 5 a 10 anos.

1.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Seguidamente analisaremos as variáveis dependentes: Autoestima global (GSE), Autoconceito Físico (Confiança física, Atracção física, Força física e Autovalorização física) e a Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), utilizando parâmetros de estatística descritiva como: a média, o desvio padrão, mínimo e o máximo.

Tabela 6 – Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal

| | N | Mínimo | Máximo | M | SD |
|----------------------|----|--------|--------|-------|------|
| GSE | 33 | 21,00 | 40,00 | 32,00 | 4,64 |
| Conf_Fisic | 33 | 6,00 | 24,00 | 16,51 | 4,68 |
| Atrac_Fisic | 33 | 6,00 | 22,00 | 15,03 | 4,10 |
| Forc_Fisic | 33 | 7,00 | 23,00 | 14,57 | 3,72 |
| Autoval_Fisic | 33 | 6,00 | 24,00 | 16,61 | 4,57 |
| Acess_Retra | 33 | 9,00 | 18,00 | 12,39 | 1,93 |
| Sat_Insat | 33 | 12,00 | 34,00 | 15,15 | 3,64 |
| Activ_Passv | 33 | 11,00 | 21,00 | 18,48 | 2,49 |
| Relax_Tens | 33 | 8,00 | 15,00 | 10,82 | 1,74 |

A tabela 6 refere-se às variáveis dependentes analisadas no presente estudo com indivíduos com deficiência motora. Assim, no que diz respeito à média dos valores obtidos para a Autoestima Global, o grupo apresenta uma média de $32,0 \pm 4,63$. Em relação às diferentes dimensões do Autoconceito Físico, constatámos que a Autovalorização física é aquela que apresenta valores de média mais elevados ($16,61 \pm 4,57$), seguida da Confiança física com uma média de $16,51 \pm 4,68$. A dimensão do PSPPp que apresenta valor de média mais baixo neste estudo é a Força Física ($14,57 \pm 3,73$).

No que diz respeito às quatro dimensões da Imagem Corporal, estudadas nesta amostra de indivíduos sedentários com deficiência motora, a que apresenta a

média mais elevada é a Actividade/Passividade com $18,48 \pm 2,49$, seguindo-se a Satisfação/Insatisfação com média igual a $15,15 \pm 3,64$. A dimensão que apresenta média mais baixa ($10,82 \pm 1,74$) é a Acessibilidade/Retraimento.

Quadro 1: Estudos Comparativos dos valores médios relativos à Autoestima global, Autopercepções no domínio físico e Imagem Corporal

| <i>Sexo Masculino</i> <i>Deficiência</i> <i>Motora</i> | Nosso estudo (2005) <i>Sedentários</i> | | Ferreira e Fox (2004) <i>Basquetebolistas</i> | | Machado (2004) <i>Nadadores</i> | | Machado (2004) <i>Sedentários</i> | |
|--|--|------|---|------|---|------|---|------|
| | N= 33 | | N= 59 | | N= 14 | | N= 31 | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| GSE | 32,00 | 4,64 | 23,56 | 3,45 | 34,07 | 3,52 | 30,38 | 4,24 |
| Conf_Fisic | 16,51 | 4,68 | 17,24 | 4,01 | - | - | - | - |
| Atrac_Fisic | 15,03 | 4,10 | 15,00 | 3,30 | 15,43 | 2,82 | 16,13 | 3,13 |
| Forc_Fisic | 14,57 | 3,72 | 16,37 | 3,06 | 16,07 | 3,22 | 15,03 | 3,51 |
| Autoval_Fisic | 16,60 | 4,57 | 16,59 | 3,63 | 16,71 | 3,54 | 16,42 | 3,78 |
| Acess_Retra | 12,39 | 1,93 | - | - | 12,29 | 0,83 | 12,55 | 1,67 |
| Sat_Insat | 15,15 | 3,64 | - | - | 14,64 | 1,50 | 14,29 | 1,77 |
| Activ_Passv | 18,48 | 2,49 | - | - | 17,29 | 2,27 | 17,97 | 2,37 |
| Relax_Tens | 10,81 | 1,74 | - | - | 10,43 | 2,03 | 10,26 | 1,53 |

O quadro 1 refere-se aos estudos recentemente elaborados no âmbito das Autopercepções no domínio físico em grupos especiais, em indivíduos do sexo masculino com deficiência motora. Assim, procedemos à comparação dos valores médios obtidos no nosso estudo com outros estudos realizados na população portuguesa com deficiência motora. Esta comparação tornou-se possível, dado que os estudos referidos no quadro 1 (exceção feita ao estudo elaborado por Ferreira e Fox (2004), que não aplicou questionário da Imagem Corporal - BIQ) aplicaram os mesmos instrumentos do nosso estudo: Perfil de Autopercepção Física (PSPPp), Escala de Autoestima de Rosemberg (RSE) e Questionário da Imagem Corporal (BIQ).

Com base no quadro 1, constatámos que o número de indivíduos que compõem a amostra é diferente nos três estudos apresentados. No nosso estudo, a amostra é constituída por 33 indivíduos do género masculino com deficiência motora e sedentários, enquanto que o estudo de Ferreira e Fox (2004) apresenta uma amostra constituída por 59 indivíduos, praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas. O estudo apresentado por Machado (2004) refere-se a uma amostra de 14 indivíduos

praticantes de natação e, por fim, o estudo realizado pela mesma autora em indivíduos sedentários (N=31).

Relativamente à Autoestima Global, verificámos que os valores médios obtidos no estudo elaborado por Ferreira e Fox (2004) em atletas de Basquetebol em cadeira de rodas são inferiores aos resultados obtidos nos restantes estudos. Contudo, o estudo de Machado (2004) demonstra que os praticantes de natação têm um nível de Autoestima superior aos sedentários (34,07 contra 32,00 e 30,07). Ao compararmos as médias relativas às Autopercepções no domínio físico obtidas no nosso estudo com os resultados alcançados por Ferreira e Fox (2004), constatámos que os valores de Autoconceito físico são superiores no estudo elaborado pelo último autor, isto é, em indivíduos praticantes de actividade física. No que diz respeito à Imagem Corporal, é possível estabelecer comparações entre os resultados alcançados no nosso estudo e os resultados obtidos por Machado (2004). Assim, observámos que os valores médios obtidos para as quatro dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) são superiores no nosso estudo em sedentários, quando comparados com os resultados dos praticantes.

Tabela 7: Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função da variável grupo etário

| Grupo etário | 8-20 anos | | 21-40 anos | | 41-60 anos | |
|----------------------|-----------|----|------------|------|------------|------|
| | N= 1 | | N= 26 | | N= 6 | |
| | M | DP | M | DP | M | DP |
| GSE | 29,00 | - | 32,42 | 4,74 | 30,67 | 4,50 |
| Conf_Fisic | 20,00 | - | 16,57 | 4,31 | 16,58 | 4,32 |
| Atrac_Fisic | 16,00 | - | 14,88 | 4,15 | 15,50 | 4,59 |
| Forc_Fisic | 18,00 | - | 14,65 | 3,72 | 13,67 | 4,03 |
| Autoval_Fisic | 22,00 | - | 16,38 | 4,31 | 16,67 | 5,88 |
| Acess_Retra | 10,00 | - | 12,19 | 1,92 | 13,68 | 1,50 |
| Sat_Insat | 14,00 | - | 15,34 | 4,03 | 14,50 | 1,64 |
| Activ_Passv | 20,00 | - | 19,15 | 1,59 | 15,33 | 3,50 |
| Relax_Tens | 11,00 | - | 10,76 | 1,73 | 11,00 | 2,09 |

A tabela 7 apresenta os valores médios de Autoestima global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função da variável grupo etário. Relativamente à Autoestima Global, observámos que na faixa etária dos 21 aos 40 anos os valores

médios (32,42±4,74) são superiores aos valores médios (30,67±4,50) obtidos na faixa etária dos 41 aos 60 anos.

Relativamente às dimensões que compõem Autoconceito Físico, os indivíduos que se encontram na faixa etária 21-40 anos apresentam uma média superior no que diz respeito à Força Física (14,65), quando comparados com o grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos para este domínio (13,67). No que concerne aos restantes domínios do PSPPp, os valores das médias obtidas no grupo etário dos 41-60 anos são ligeiramente superiores aos valores alcançados no grupo etário dos 21-40 anos.

No que diz respeito à Imagem Corporal, verificámos que no primeiro factor Acessibilidade/Retraimento a média obtida para os indivíduos da faixa etária 21-40 anos (12,19) é inferior aos indivíduos com idades compreendidas entre os 41-60 anos (13,68). Contudo, quando nos referimos à Satisfação/Insatisfação, os indivíduos mais novos (21-40 anos) apresentam uma média de 15,34 ±4,03, sendo este valor superior à média (14,50±1,64) obtida nos indivíduos do grupo etário 41-60 anos. Para o factor Actividade/Passividade, os indivíduos no grupo etário 21-40 anos obtiveram uma média de 19,15. Este valor, quando comparado com os indivíduos do grupo etário acima é superior. Por fim, ao analisarmos o factor Relaxamento/Tensão, constatámos que não existem grandes diferenças entre os grupos etários, pois as suas médias são muito semelhantes.

A tabela 7 permite-nos constatar que existe apenas um indivíduo no grupo etário 8-20 anos, pelo que não é possível apresentar valores de desvio padrão para este grupo. Dado que um indivíduo é pouco representativo da amostra, não é relevante apresentar os valores deste grupo etário.

Tabela 8: Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função da variável tipo de deficiência

| Tipo de deficiência | Paraplégicos | | Tetraplégicos | | Amputados | |
|-----------------------|--------------|------|---------------|------|-----------|------|
| | N= 13 | | N= 16 | | N= 4 | |
| | M | DP | M | DP | M | DP |
| GSE | 32,23 | 5,13 | 31,32 | 4,74 | 34,00 | 1,82 |
| Conf_Fisica | 15,38 | 5,14 | 16,94 | 4,36 | 18,50 | 4,65 |
| Atrac_Fisica | 14,76 | 3,39 | 14,62 | 4,70 | 17,50 | 3,69 |
| Forc_Fisica | 15,31 | 3,57 | 13,69 | 3,79 | 15,75 | 4,11 |
| Autoval_Fisica | 15,51 | 4,67 | 17,00 | 4,69 | 18,25 | 4,50 |

| | | | | | | |
|---------------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| Acess_Retrai | 11,77 | 2,35 | 12,50 | 1,03 | 14,00 | 2,71 |
| Sat_Insat | 15,84 | 5,59 | 14,81 | 1,47 | 14,25 | 1,26 |
| Activ_Passv | 18,53 | 2,40 | 18,44 | 2,01 | 18,50 | 5,00 |
| Relax_Tens | 10,00 | 1,63 | 11,13 | 1,45 | 10,81 | 2,21 |

Após analisar a tabela 8, verificámos que os indivíduos Amputados, no que diz respeito à Autoestima Global, apresentam uma média de 34,00 \pm 1,82, enquanto que os indivíduos com lesão vertebro medular revelam uma média inferior. No entanto, é de realçar que os paraplégicos apresentam valores médios superiores aos tetraplégicos (32,23 contra 31,32). Relativamente ao Autoconceito Físico, observámos que os valores médios dos amputados são superiores aos paraplégicos e tetraplégicos em todos os domínios do PSPPp.

No que diz respeito aos factores da Imagem corporal, pudemos constatar que os factores Acessibilidade/Retraimento (14,00) apresentam valores médios superiores nos amputados, enquanto que as médias relativas às dimensões Satisfação/Insatisfação (15,84) e Actividade/Passividade (15,53) são mais elevadas nos paraplégicos em comparação com os outros grupos de indivíduos. Em relação ao último factor Relaxamento/Tensão, observámos que os tetraplégicos apresentam valores médios (11,13) superiores aos restantes grupos.

Tabela 9: Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal em função da variável tempo de ocorrência da lesão

| Tempo de ocorrência da lesão | Menos 1 ano | | 1-4 anos | | 5-10 anos | | Mais 10 anos | |
|------------------------------|-------------|------|----------|------|-----------|------|--------------|------|
| | N= 11 | | N= 11 | | N= 4 | | N= 7 | |
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP |
| GSE | 31,87 | 4,84 | 32,00 | 4,73 | 29,75 | 6,18 | 34,43 | 2,82 |
| Conf_Fisic | 15,00 | 4,82 | 17,09 | 5,20 | 15,00 | 2,00 | 18,86 | 4,29 |
| Atrac_Fisic | 14,00 | 3,31 | 15,36 | 4,59 | 13,00 | 4,08 | 17,28 | 4,15 |
| Forc_Fisic | 13,18 | 3,25 | 16,64 | 3,85 | 10,75 | 2,99 | 15,71 | 2,13 |
| Autoval_Fisic | 15,09 | 4,50 | 17,82 | 4,35 | 14,25 | 5,12 | 18,43 | 4,28 |
| Acess_Retrai | 11,45 | 2,25 | 12,36 | 1,12 | 13,50 | 0,57 | 13,28 | 2,43 |
| Sat_Insat | 16,00 | 6,08 | 15,36 | 1,28 | 14,00 | 1,63 | 14,14 | 1,21 |
| Activ_Passv | 18,27 | 3,26 | 18,90 | 1,37 | 17,00 | 2,16 | 19,00 | 2,76 |
| Relax_Tens | 10,63 | 1,80 | 10,81 | 2,04 | 10,50 | 0,57 | 11,28 | 1,79 |

Na tabela 9, podemos analisar os valores médios das variáveis dependentes (Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal) em função da variável independente, tempo de ocorrência de lesão. Deste modo, verificámos que ao nível da Autoestima Global, aqueles que apresentam valores superiores são os indivíduos que têm a lesão há mais de 10 anos ($34,43 \pm 2,82$), enquanto que os indivíduos que adquiriram a deficiência entre 5 a 10 anos são os que revelam valores médios mais baixos ($29,75 \pm 6,18$) de Autoestima global.

No que concerne às Autopercepções no domínio físico, pudemos observar, mais uma vez, que os indivíduos pertencentes ao grupo que têm a lesão há mais de 10 anos são aqueles que apresentam valores mais elevados em todos os subdomínios, quando comparados com os restantes grupos, à excepção da Força física em que a média é mais elevada nos indivíduos que adquiriram a lesão entre 1 a 4 anos ($16,64 \pm 3,85$). Em relação à Imagem Corporal, observa-se que os indivíduos que têm a lesão entre 5 e 10 anos revelam valores médios superiores aos outros indivíduos, quando nos referimos ao factor Acessibilidade/Retraimento ($13,50 \pm 0,57$). Os inquiridos com menos de 1 ano de lesão apresentam uma média superior aos outros grupos nas Satisfação/Insatisfação ($16,00 \pm 6,08$). Relativamente aos outros 2 factores, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão, o grupo de indivíduos que adquiriu a lesão há mais de 10 anos apresenta valores superiores, quando comparados com os restantes grupos.

2. ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Passamos em seguida à apresentação dos valores relativos à comparação dos diferentes grupos em estudo: variáveis dependentes (Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal) e variáveis independentes (idade, tipo deficiência e tempo de ocorrência da lesão). Deste modo, proceder-se-á ao método de estatística inferencial, nomeadamente a One Way Anova, uma vez que se encontram em estudo mais de 2 grupos.

Tabela 10 – Tabela relativa à Imagem Corporal em função do grupo etário

| Imagem Corporal | | df | F | Sig. |
|-----------------|------------------------|----|------|-------|
| Grupo etário | Actividade/Passividade | 2 | 8,84 | 0,001 |

A tabela 10 dá-nos o resultado das comparações estabelecidas pelo método estatístico Anova One Way entre os grupos etários e os diferentes constructos em estudo. Assim, observámos um resultado significativo na Imagem Corporal, mais especificamente no factor Actividade/Passividade. Deste modo, para $p \leq 0,05$, obtivemos um valor de $p=0,001$, o que significa que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e esta dimensão da Imagem Corporal.

Tabela 11 – Tabela relativa à Imagem Corporal em função do tipo de deficiência

| Imagem Corporal | | df | F | Sig. |
|------------------|--------------------|----|------|-------|
| Tipo deficiência | Relaxamento/Tensão | 2 | 3,51 | 0,042 |

Com base na tabela 11, é possível verificar que através do método estatístico Anova One Way, estabelecemos a comparação entre as diferentes variáveis dependentes (Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal) e a variável independente, tipo de deficiência, chegando-se à conclusão de que o único valor significativo está relacionado com a Imagem Corporal, ou seja, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos paraplégicos e os indivíduos Amputados, no que diz respeito à dimensão Relaxamento/Tensão ($p=0,042$).

Tabela 12 – Tabela relativa ao Autoconceito físico em função do tempo de ocorrência da lesão

| Autoconceito físico | | df | F | Sig. |
|------------------------------|---------------------|----|------|-------|
| Tempo de ocorrência de lesão | <i>Força física</i> | 3 | 4,25 | 0,013 |

Na tabela 12 é possível observar a comparação entre o tempo de ocorrência de lesão (grupos) e as variáveis dependentes em estudo, com base no método estatístico One Way Anova. Assim, com base nos resultados obtidos, constatamos que existem apenas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,013$) nas Autopercepções no domínio físico, nomeadamente ao nível da dimensão Força física entre os indivíduos que adquiriram a lesão no intervalo 1 a 4 anos e os indivíduos pertencentes ao grupo 5 a 10 anos.

CAPITULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passamos em seguida à discussão dos resultados apresentados anteriormente. Esta discussão visa, fundamentalmente, compreender os resultados obtidos, mediante a comparação com estudos anteriores, com o intuito de “sublinhar” os resultados significativos no âmbito das Autopercepções no domínio físico, Autoestima Global e Imagem Corporal no grupo de indivíduos pertencentes à amostra. Digamos pois, que um dos principais objectivos deste estudo é estabelecer, num futuro próximo, comparações entre os resultados alcançados e o produto obtido nos diferentes estudos realizados em indivíduos com deficiência praticantes de actividade física. Deste modo, e dado que não existem estudos com estes instrumentos de medida, única e exclusivamente em indivíduos com deficiência motora sedentários, esta discussão irá centrar-se essencialmente na comparação dos valores obtidos ao nível dos constructos Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal nos indivíduos não praticantes e os praticantes de actividade física com deficiência motora.

Assim, a análise dos dados indica-nos que a amostra em estudo é constituída por 33 indivíduos do sexo masculino com média de idades igual a $34,15 \pm 9,98$ anos, com deficiência motora. Particularmente, 13 indivíduos apresentam paraplégia e 16 tetraplégia, o que significa que 87,4% dos inquiridos são indivíduos traumatizados vertebro-medulares e os restantes 4 são amputados, o que perfaz 12,1% da amostra. A origem da deficiência é, para todos os inquiridos adquirida, e relativamente à deficiência devemos referir que a maioria dos indivíduos adquiriu a lesão muito recentemente (11 há menos de 1 ano e 11 adquiriram entre 1 a 4 anos), daí o facto da amostra ter sido recolhida maioritariamente em contexto hospitalar.

Com base nos valores de média e desvio padrão obtidos para os constructos em estudo, verificámos que, no geral, a amostra apresenta uma Autoestima Global relativamente alta, dado que a escala de Autoestima varia de 10 a 40 pontos, e os valores médios obtidos são de $32,00 \pm 4,64$. Estes valores médios aproximam-se dos valores obtidos no estudo com sedentários de Machado (2004), uma vez que os valores médios alcançados por estes autores foram $30,38 \pm 4,24$. Podemos também constatar que apesar destes valores serem altos, tornam-se inferiores quando comparados com os valores dos praticantes de natação, também apresentados pelos referidos autores, o que vem mais uma vez reforçar estudos anteriores que nos indicam que os atletas com

deficiência têm uma Autoestima mais elevada que os indivíduos com deficiência não atletas, Sherril (1997). Sendo a Autoestima uma componente avaliativa do Autoconceito, podemos dizer que estes indivíduos apresentam resultados semelhantes ao nível deste constructo, tal como foi referido por Duarte *et. al.* (1997), que ao analisarem o Autoconceito de indivíduos amputados praticantes e não praticantes de actividades desportivas, verificaram que os níveis do Autoconceito dos praticantes eram mais elevados.

Aproveitando a linha de pensamento deste autor, importa analisar as diferenças encontradas nos valores médios das variáveis independentes para a Autoestima Global. Deste modo, quando nos debruçamos sobre a variável grupo etário, observámos que os valores médios para este constructo são superiores nos inquiridos com idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos ($32,42 \pm 4,74$) quando comparados com os indivíduos com idades entre os 41 e os 60 anos ($30,67 \pm 4,50$). No que concerne à variável tempo de ocorrência da lesão, verificámos que os indivíduos que adquiriram a lesão há mais tempo, isto é há mais de 10 anos, apresentam valores médios superiores ($34,43 \pm 2,82$) aos restantes grupos, sendo que aqueles que se destacam com valores médios de Autoestima mais baixos são os indivíduos que adquiriram a lesão entre 5 a 10 anos ($29,75 \pm 6,18$). Os resultados obtidos no nosso estudo são suportados pelo facto dos indivíduos mais novos, numa fase inicial da lesão, apresentarem maiores expectativas no que diz respeito à sua recuperação, expectativas essas que estão relacionadas com o facto da Autoestima do indivíduo se ajustar ao longo dos anos. Esta hipótese está intimamente relacionada com o tempo de ocorrência da lesão, dado que a Autoestima estabiliza quatro anos após a mesma. Deste modo, é natural que os indivíduos com mais tempo de lesão (mais de 10 anos) apresentem valores mais elevados e mais estáveis de Autoestima. Numa última análise a este constructo, e relativamente às diferenças entre os tipos de lesão, verificámos que os amputados apresentam valores médios de Autoestima Global superiores comparativamente aos outros grupos de deficientes, ou seja, os paraplégicos e os tetraplégicos. Este resultado poderá estar relacionado com número de indivíduos que compõem a amostra dos amputados, no entanto, uma hipótese explicativa para as diferenças encontradas entre os traumatizados vertebro-medulares e os amputados, poderá estar relacionada com o facto dos amputados apresentarem limitações físicas menos acentuadas que os indivíduos com lesão vertebro-medular. De uma forma geral, uma hipótese explicativa para que os indivíduos

sedentários apresentem valores médios de Autoestima Global tão elevados, poderá estar relacionada com o facto de toda a nossa amostra ser constituída por indivíduos cuja a origem da deficiência foi adquirida, factos que se apoiam em estudos que nos indicam que quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo (Wright, 1983; Hopper, 1984; Zoerink, 1992; citados por Campbell, 1995).

As estratégias e mecanismos que capacitam os indivíduos com deficiência para enfrentarem desafios de mestria percebidos como difíceis e incómodos, bem como o crescimento através da adversidade, assumem junto desta população um grande incremento nos níveis percebidos da Autoestima e de Bem-estar psicológico, uma vez que surgem como forma de encorajamento, aumentando a força de vontade e o locus do controlo interno e autoconfiança. Estes dois mecanismos surgem geralmente associados e são muitas vezes mencionados no campo da reabilitação e do desporto adaptado (Sherrill, 1997). Dado que o nosso estudo realizado em indivíduos sedentários alcançou níveis de Autoestima mais elevados do que o inicialmente esperado, esta teoria ajuda-nos a compreender que o facto da maioria dos inquiridos se encontrarem em processos de reabilitação, sujeitos a diversos processos de encorajamento, pode elevar a sua Autoestima Global, aproximando esses valores dos obtidos com os praticantes de actividade física. Apesar das diferenças encontradas ao nível da estatística descritiva para este constructo em cada uma das variáveis independentes em estudo (idade, tipo de lesão e tempo de ocorrência de lesão), quando comparados os grupos entre si, constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis independentes em estudo para a variável Autoestima Global. Assim, aceitamos a hipótese nula 1H0 e refutamos a hipótese alternativa 1H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima Global e a variável tipo de lesão. Do mesmo modo, aceitamos a hipótese nula 4H0 e refutamos a hipótese alternativa 4H1, pois não existem diferenças estatisticamente entre a Autoestima Global e a variável grupo etário. Por fim, aceitamos a hipótese nula 7H0 e refutamos a hipótese alternativa 7H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima Global e a variável tempo de ocorrência de lesão.

No que concerne ao Autoconceito, no domínio físico o nosso estudo demonstra que os valores médios obtidos para as quatro dimensões do PSPPP são inferiores aos alcançados no estudo realizado por Ferreira e Fox (2004) em basquetebolistas em cadeiras de rodas, à excepção dos domínios Atracção Corporal e Autovalorização física,

em que as médias são bastante semelhantes nos dois grupos (os sedentários apresentam valores ligeiramente mais altos). Podemos ainda realçar que resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Machado (2004) quando foram estabelecidas comparações entre os indivíduos praticantes de natação e os não praticantes. Estudos realizados por Blind e McClung (1997) vêm reforçar os resultados encontrados ao nível do Autoconceito Físico em atletas, evidenciando que o exercício físico em deficientes motores desenvolve percepções relacionadas com os atributos físicos (Atracção corporal), redefine as capacidades físicas (Força física) e aumenta os níveis de confiança percebida para a realização de novas actividades de natureza física (Confiança física). Um bom exemplo de que os indivíduos com deficiência melhoram as Autopercepções positivas e o Bem-estar psicológico foi recolhido de uma conversa informal com uma atleta feminina de basquetebol em cadeira de rodas, que nos adiantou que antes de começar a praticar exercício físico sentia medo em passar da cadeira de rodas para o carro ou para cama, necessitando do *transfer*, e quando começou a praticar a modalidade foi-lhe retirado por parte do treinador esse apoio, tendo assim que ultrapassar esta “adversidade”, ganhando auto-confiança física. Este comentário vem realçar a importância do exercício físico em grupos especiais.

Ao analisarmos os valores médios deste constructo na variável tipo de lesão, verificámos que os sujeitos amputados demonstram valores superiores aos paraplégicos e tetraplégicos nas Autopercepções no domínio físico. Os valores mais significativos encontram-se nas dimensões Atracção Corporal, Confiança física e Autovalorização física. Estes resultados vêm sublinhar o que foi dito anteriormente ao nível da Autoestima Global, pois os amputados apresentam limitações físicas e fisiológicas inferiores aos traumatizados vertebro-medulares, o que lhes confere Autopercepções mais positivas e um Bem-estar psicológico superior.

Consideramos ainda importante destacar os resultados obtidos ao nível do Autoconceito Físico, nomeadamente os *scores* de médias e desvio padrão na variável grupo etário. Assim, verificámos que os indivíduos mais velhos (41 a 60 anos) apresentam valores mais elevados em todas as dimensões deste constructo, à excepção da Força física, pois os indivíduos com idades compreendidas entre os 21-40 anos apresentam valores médios superiores no que diz respeito a este subdomínio. Na variável tempo de ocorrência de lesão, observámos tal como no grupo etário, que os indivíduos que adquiriram a lesão há mais de dez anos apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões quando comparados com os restantes grupos, à

excepção da Força física em que a média é mais elevada nos indivíduos que adquiriram a lesão entre um a quatro anos. Para a variável tempo de ocorrência de lesão foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para uma probabilidade de erro associada a $p \leq 0,05$, no subdomínio Força física, entre os indivíduos que adquiriram a lesão entre um a quatro anos e os que adquiriram entre 5 a 10 anos. No que diz respeito às restantes dimensões do Autoconceito Físico não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, quando comparadas com as variáveis independentes, através do método estatístico One Way Anova.

Assim, aceitamos a hipótese nula 2H0 e refutamos a hipótese alternativa 2H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o Autoconceito Físico e a variável tipo de lesão. Do mesmo modo, aceitamos a hipótese nula 5H0 e refutamos a hipótese alternativa 5H1, pois não existem diferenças estatisticamente entre as Autopercepções no domínio físico a variável grupo etário. Por fim, refutamos a hipótese nula 8H0 - Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável Autopercepções no domínio físico em função da variável tempo de ocorrência da lesão e aceitamos a hipótese alternativa 8H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável Autopercepções no domínio físico em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

A participação das pessoas com deficiência em actividades desportivas melhora as Autopercepções, tanto no domínio físico como social, pois o indivíduo interage com os outros, construindo uma biografia individual e social. Podemos observar este facto nos resultados obtidos ao nível do Autoconceito Físico, em que os atletas do estudo de Machado (2004) apresentam valores mais elevados neste constructo, quando comparados com os sedentários do nosso estudo. Os resultados obtidos ao nível da estatística inferencial, isto é, poucos resultados significativos ao nível das Autopercepções vão de encontro ao esperado para a população em estudo. O produto encontrado está intimamente relacionado com o facto dos indivíduos da nossa amostra não serem praticantes de actividade física, pois estes não têm a verdadeira percepção do corpo e desconhecem muitos dos conceitos e termos abordados no questionário PSPPp, uma vez que estão relacionados a parte física do “Eu”.

Os indivíduos com deficiência motora, sedentários, apresentam para os quatro factores da Imagem Corporal (Acessibilidade/ Retraimento, Actividade/Passividade, Satisfação/Insatisfação e Relaxamento/Tensão) valores médios mais elevados quando comparados com os nadadores do estudo de Machado (2004). Apesar dos resultados

obtidos, muitos estudos evidenciam o contrário, pois parece ser consensual que as mudanças corporais resultantes da prática de actividade física podem melhorar a Imagem Corporal que cada indivíduo possui, e assim promover e aumentar os níveis de Autoconceito (Kamal et al., 1995; Weinberg & Gould, 1995; Youn, 1985, citado por Cruz et al, 1996).

Ao analisarmos a nossa amostra, é possível verificar ao nível do grupo etário bastantes diferenças nos valores médios das quatro dimensões da Imagem Corporal, nomeadamente entre o grupo 21-40 anos e o grupo 41-60 anos. No primeiro factor, Acessibilidade/Retraimento, a média obtida para os indivíduos da faixa etária 21-40 anos é inferior aos indivíduos com idades compreendidas entre os 41-60 anos. Contudo, quando nos referimos à Satisfação/Insatisfação, os indivíduos mais novos (21-40 anos) apresentam uma média de $15,34 \pm 4,03$. Este valor é superior à média $14,50 \pm 1,64$ obtida nos indivíduos do grupo etário 41-60 anos. Para o factor Actividade/Passividade, os indivíduos no grupo etário 21-40 anos apresentam uma média superior aos outros grupos, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$) nesta dimensão do BIQ, para uma probabilidade de erro de $p \leq 0,05$, o que demonstra que no grupo etário existem diferenças quanto à eficiência física e energia. Por fim, quando analisamos o factor Relaxamento/Tensão, constatámos que não existem grandes diferenças entre os grupos etários, pois as suas médias são muito semelhantes.

No que concerne à variável tipo de lesão, verificámos que os factores Acessibilidade/Retraimento (14,00) apresentam valores médios superiores nos amputados, enquanto que as médias relativas às dimensões Satisfação/Insatisfação (15,84) e Actividade/Passividade (15,53) são mais elevadas nos paraplégicos, comparativamente aos outros grupos de indivíduos. Em relação ao último factor, Relaxamento/Tensão, observámos que os tetraplégicos apresentam valores médios superiores aos restantes grupos, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,042$) neste factor, entre os indivíduos paraplégicos e os amputados. Relativamente à variável tempo de ocorrência de lesão, constatámos que na dimensão Acessibilidade/Retraimento os indivíduos que adquiriram a lesão entre 5 e 10 anos revelam valores médios ($13,50 \pm 0,57$) superiores aos outros indivíduos. Por outro lado, os inquiridos com menos de 1 ano de lesão apresentam uma média superior aos outros grupos na dimensão Satisfação/Insatisfação ($16,00 \pm 6,08$). Relativamente aos outros 2 factores, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão, o grupo de indivíduos que adquiriu a lesão há mais de 10 anos apresenta valores médios superiores. Nesta variável

não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas e uma hipótese explicativa para este resultado poderá estar relacionada com o facto de um número significativo de indivíduos após a ocorrência da lesão apresentar uma tendência para estabelecer comparações entre o “antigo-eu” e o “novo-eu”; deste modo, os indivíduos percebem o corpo estabelecendo um *continuum* entre o antes e o depois (Ferreira, 2005). Este processo foi facilmente percebido durante a elaboração dos questionário. Assim podemos constatar que a maioria dos indivíduos pelo facto de ter adquirido a lesão muito recentemente (11 indivíduos há menos de 1 ano e 11 entre 1 a 4 anos), ainda se encontra num processo crítico de formação do “Eu”, comprometendo a forma como os indivíduos percebem a imagem do seu corpo.

Deste modo, refutamos também a hipótese nula 3H0 e aceitamos a hipótese alternativa 3H1, dado que existem diferenças estatisticamente significativas entre a Imagem Corporal e a variável tipo de lesão. Assim como, refutamos a hipótese nula 6H0 e aceitamos a hipótese alternativa 6H1, pois existem diferenças estatisticamente entre a Imagem Corporal e a variável grupo etário. Por outro lado, aceitamos a hipótese nula 9H0 e refutamos a hipótese alternativa 9H1, pois não existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável Imagem Corporal em função da variável tempo de ocorrência da lesão.

A Autoestima como factor de Bem-estar para a população emerge da importância que a Imagem Corporal tem na sociedade de hoje, estabelecendo-se um forte relacionamento entre estas duas componentes do “Eu” (Fox 2000). Os resultados obtidos no nosso estudo encontram fundamento na relação estabelecida por este autor, dado que os valores médios de Imagem Corporal e Autoestima Global são elevados neste grupo de indivíduos, o que revela também alguma consistência nas respostas dos inquiridos.

Do ponto de vista social, podemos retirar deste estudo aspectos interessantes, fundamentalmente porque estes dados foram recolhidos em contexto hospitalar em indivíduos que adquiriram a lesão muito recentemente, (33,3 % adquiriram a lesão há menos de 1 ano e 33,3 % entre 1 a 4 anos) e que ainda se encontram num processo de reabilitação em regime interno. Deste modo, o pensamento destes indivíduos está direccionado para o modelo médico que assenta no pressuposto da existência de uma inferioridade psicológica e fisiológica em indivíduos com deficiência. Tal como foi descrito na revisão de literatura, o modelo médico apoia-se na teoria da tragédia pessoal, enquanto que o modelo social se baseia no modelo de reabilitação que sugere que logo

que uma pessoa com incapacidade tome consciência da sua condição deve aceitá-la e aprender a viver com ela, o que só é possível através da potencialização das capacidades reminiscentes (Stafilios-Rothschil, citado em Oliver, 1996). Uma hipótese para as Autopercepções negativas dos indivíduos da nossa amostra, poderá estar relacionada com a visão negativa dada pelos médicos, uma vez que a reabilitação não passa por um processo de integração na sociedade e interacção com “outros significativos” num contexto social, mas apenas por alguns meses de reabilitação física e psicológica que em todo o momento põe em causa as limitações do indivíduo, rotulando-o como pessoa deficiente, aleijada e espástica.

Com base neste modelo, podemos dizer que o desporto adaptado é a melhor forma de potenciar essas capacidades “reminiscentes”, uma vez que a participação na actividade desportiva fornece ao indivíduo um contexto que permite desafiar as Autopercepções de um “corpo deficiente”, pois se os programas forem bem orientados e devidamente estruturados, a natureza física da participação pode realçar mais a habilidade do que a própria deficiência (Shearer, 1977; Sherrill, 1986a; citado por Blande & McClung, 1997).

CAPITULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1. CONCLUSÕES

Após o término de estudo, apresentaremos neste capítulo as suas conclusões, bem como as recomendações, onde serão incluídas as limitações encontradas durante a sua realização e algumas sugestões para futuros estudos no âmbito das Autopercepções em grupos com deficiência.

Assim, tendo em conta os valores obtidos na estatística descritiva e na comparação entre grupos, (estatística inferencial) podemos apresentar as seguintes conclusões:

A amostra é constituída por 33 indivíduos do género masculino com deficiência motora adquirida (29 indivíduos têm uma lesão vertebro-medulares e 4 indivíduos têm uma amputação) não praticantes de actividade física. A maioria dos inquiridos apresenta idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos. Relativamente ao tempo de ocorrência da lesão, verifica-se que a maioria dos indivíduos da nossa amostra adquiriram a lesão há muito pouco tempo (11 indivíduos há menos de um ano e 11 entre 1 e 4 anos), concluindo deste modo que se trata de uma amostra jovem, onde as expectativas de recuperação são elevadas e os valores de Autoestima pouco estáveis.

Seguidamente, passaremos apresentar uma síntese das principais conclusões relativas à comparação entre as variáveis dependentes (Autoestima Global, Autoconceito Físico e Imagem Corporal) e as variáveis independentes (idade, tipo de lesão e tempo de ocorrência da lesão).

- Autoestima Global/ Grupo etário: os indivíduos com idades compreendidas entre os 21 e os 40 anos apresentam maiores valores de Autoestima Global. Digamos, pois, que os indivíduos mais novos apresentam maiores expectativas, logo uma Autoestima Global mais elevada que os indivíduos mais velhos

- Autoestima Global/Tipo lesão: no grupo dos sedentários são os amputados que apresentam a Autoestima mais elevada. Não obstante, entre os indivíduos com lesão traumática na espinal medula, constatámos que os paraplégicos têm valores mais elevados que os tetraplégicos.

- Autoestima Global/Tempo de ocorrência de lesão: os inquiridos que adquiriram a lesão há mais tempo são os que apresentam valores mais altos de Autoestima (34,43). Por outro lado, os indivíduos que adquiriram a lesão entre os 4 a 10 anos são aqueles que manifestam valores mais baixos neste constructo (29,75).

- Ao nível da Autoestima Global não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis independentes em estudo. Acerca desta variável resta-nos dizer que os indivíduos sedentários apresentam valores mais baixos de Autoestima global que os atletas.

- Autoconceito Físico/Grupo etário: para todos subdomínios do PSPPP, os valores médios obtidos no grupo etário dos 41-60 anos são ligeiramente superiores aos valores alcançados no grupo etário dos 21-40 anos, à excepção da Força física, em que os mais novos revelam ter uma maior percepção da força em relação aos mais velhos.

- Autoconceito Físico/Tipo de lesão: os amputados apresentam valores mais elevados para todas as dimensões do Autoconceito no domínio físico.

- Autoconceito Físico/Tempo de ocorrência da lesão: concluímos que aqueles indivíduos que têm a lesão há mais tempo são os que têm uma maior percepção do seu corpo, à excepção da Força física em que a média é mais elevada nos indivíduos que adquiriram a lesão entre 1 a 4 anos. Ao nível das Autopercepções no domínio físico foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,013$) no subdomínio Força física na variável tempo de ocorrência da lesão entre o grupo de 1 a 4 anos e o grupo de 5 a 10 anos.

- Imagem Corporal/ Grupo etário: Ao nível das idades, verificamos que existem bastantes diferenças entre os grupos etários para as diferentes dimensões. Conclui-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$) no grupo etário para o factor Actividade/Passividade (os indivíduos mais novos apresentam valores médios superiores ao mais velhos).

- Imagem Corporal/ Tipo deficiência: foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas ($p=0,042$) entre os indivíduos amputados e os paraplégicos na dimensão Relaxamento/Tensão. Conclui-se que os indivíduos amputados apresentam uma maior satisfação individual com a imagem corporal comparativamente com os restantes inquiridos.

- Imagem Corporal/Tempo de ocorrência da lesão: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para esta variável.

2. RECOMENDAÇÕES

A área das Autopercepções em indivíduos com deficiência motora é um campo pouco explorado. Nesse sentido, cabe-nos a nós dar a conhecer as dificuldades encontradas durante a realização do estudo e apresentar algumas sugestões para futuras investigações. Assim, começamos por referir quais as barreiras ou limitações encontradas no presente estudo:

2.1 LIMITAÇÕES DO NOSSO ESTUDO

- A primeira dificuldade foi encontrar os indivíduos constituintes da nossa amostra, pois a primeira instituição por nós contactada demorou mais de 2 meses a dar a resposta. Deste modo, a amostra foi conseguida em vários pontos do país (Algarve, Lisboa, Tocha e Coimbra).

- Homogeneidade da amostra: esta amostra tem características bastante homogéneas, fundamentalmente, no que diz respeito ao tipo de lesão e ao tempo de ocorrência da lesão. O facto da maioria dos indivíduos ter adquirido a lesão muito recentemente e a inclusão de 4 indivíduos amputados na amostra (dadas as dificuldades em encontrar os indivíduos), condicionou de certo modo os resultados obtidos.

- O facto deste estudo ser pioneiro na avaliação das Autopercepções em indivíduos com deficiência motora com características sedentárias, dificultou a pesquisa, uma vez que existe pouca bibliografia nesta área de investigação e assim poucos estudos que permitissem estabelecer comparações.

- O PSPPp, apesar de estar validado para a população portuguesa e ser um instrumento bastante conceituado e útil na avaliação das Autopercepções no domínio físico, apresenta uma linguagem pouco acessível à maioria das pessoas, o que nos causou algumas dificuldades, pois tivemos de explicar o questionário individualmente e, muitas vezes, houve necessidade de o simplificar (dando exemplos) para que as pessoas compreendessem o que era perguntado.

2.2 SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

- Realizar este estudo numa amostra com maior número de indivíduos e mais equilibrada, no que diz respeito ao tipo de deficiência.
- Enriquecer o estudo através da análise qualitativa, entrevistando os indivíduos acerca das variáveis em estudo, uma vez que se compreende melhor as percepções dos indivíduos.
- Adoptar outras variáveis independentes relacionadas com a deficiência, como por exemplo: em que idade adquiriu a lesão, tipo de acidente (circunstâncias em que adquiriu a lesão), etc.
- Realizar um estudo em deficientes motores na fase da adolescência, de modo a analisar as diferenças das Autopercepções nas diferentes fases da vida.
- Realizar um estudo comparativo na área da deficiência motora, comparando indivíduos com deficiência adquirida e indivíduos com deficiência congénita.

CAPITULO VII - BIBLIOGRAFIA

📖 Alfermann, D., & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *Internacional Sport Psychology*, 30: 47-65.

📖 Asci, E., Asci, A. & Zorba, E. (1999). Cross-cultural validity and reliability of physical self-perception profile. *International Journal of sport Psychology*, 30: 399-406.

📖 Auxter et al. (1993). *Adapted Physical Education and Recreation*. Seventer Edition, Mosby Editor.

📖 Baptista, P.M. (2000). Satisfação com a imagem corporal e autoestima - estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividade física. *Revista Horizonte*, 16, (91), 9-15.

📖 Baumeister, R. F. (1993). *Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. Plenum Press, New York.

📖 Blinde, E., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the Physical and Social Self Through Recreational Activity: Accounts of Individuals with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.

📖 Brochado, P. (1999). Estudo comparado do Autoconceito físico em indivíduos deficientes motores do sexo masculino sedentários e praticantes de actividade física adaptada. FCDEF. Universidade de Coimbra.

📖 Bromley, I.(1998). *Tetraplegia and Paraplegia: a guide for physiotherapists*. 15ed Edinburgh. Churchill livingstone.

📖 Bruchon-Schweitzer, M.(1990). *Une psychologie du corps*. Paris: PUF.

- 📖 Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the Body- Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887-892.
- 📖 Burns, R. B. (1979). *The self-concept: Theory, Measurement, development and behavior*; London: Longman.
- 📖 Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.
- 📖 Byrne, B. M. & Shavelson, R.J. (1986). On structure of adolescent self-concept. *Journal of Educacional Research*, 78 (6), 406-423.
- 📖 Campbell, R. N. (1984). *The new science: Self-esteem psychology*. Lanham, MD: University Press of America.
- 📖 Campbell, E. (1995). Psychological Well-being of Participants in Wheelchair Sports Comparison of Individuals With Congenital and Acquired Disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- 📖 Campbell, E.; & Jones, G. (1994). Psychology Well-being in Wheelchair Sport Participants and Nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 404-415.
- 📖 Carless, D.; & Fox, K. (2003). The Physical Self. In Everelt, T., Donaghy, M. & Feaver, S. (Eds.). *Interventions for Mental Health: An evidenced based approach for physiotherapists and occupational therapists* (pp. 69-81). London: Butterwoth-Heiseman.
- 📖 Castro, J. (1996). O Deficiente e o Desporto. *Revista Horizonte*, XIII (74), 26–30.
- 📖 Cash, T.F., & Brown, T. A. (1989); *Gender and body images: steorotypes and realities*; In: Sex roles; 21, 516, pp 361-373.

📖 Cruz, J. F., *et al.* (1996) Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. In José F. Cruz (Ed.), *Manual de Psicologia do Desporto*. Braga: SHO. Sistemas Humanos e Organizacionais, pp. 91-116.

📖 Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of self-esteem*. San Francisco. W. H. Freeman & Co. Pubs.

📖 Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, (3), 542-575.

📖 Duarte, A. M., Seabra, A.C & Castro, J. (1997). Efeito da prática desportiva no autoconceito de indivíduos amputados. In L. S. Almeida; S. Araújo; M.M. Gonçalves; C. Machado & M.R. Simões (Eds), *V Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos/II Mostra de Provas Psicológicas em Portugal* (vol.4, 203-208). Braga: APPORT, Universidade do Minho.

📖 Ferreira, J. P. (1997). *Desenvolvimento da Criança – Variante em Desenvolvimento Motor*. Dissertação de mestrado em Ciências do Desporto. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

📖 Ferreira J. P. (2004) – *Physical Self-Perceptions in Wheelchair Sport Participants* - Dissertação de Doutoramento em Psicologia na Faculdade de Direito e Ciências Sociais da Universidade de Bristol.

📖 Ferreira, J.P (2004). Reflexão sobre que modelo de medida para as autopercepções no domínio físico a partir da versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile. In J. Dosil Díaz, & D. Garcia Prieto (Eds.). *Actas do I Congreso Galego-Português de Psicología da Actividade Física e do Deporte – Universidade de Vigo* (pp.141-151), Vigo, Espanha.

📖 Ferreira J. P. (2005). *Exercício, autopercepções e bem-estar psicológico em praticantes com deficiência motora*. In D. Rodrigues (Ed.) *Actividade motora adaptada: A alegria do corpo* – S. Paulo; Summus.

📖 Ferreira J. P. (in press). *Desporto adaptado um veiculo de socialização e de integração da pessoa com deficiência*. Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física.

📖 Ferreira, J. P., & Meek, G. A (2001). Portuguese whellchair athletes self-perceptions in physical domain: Preliminary analysis. *Proceedings of the 13th Internacional Symposium, 5th European Congress Adapted Pyisical Activity – ISAPA* (p.50). Vienna, Austria.

📖 Ferreira, J. P., & Fox, K. R. (2002, 2002a). *Physical Self-Perceptions and Global Self-Esteem in Portuguese students*. In: M. Koskolou, N. Geladas & Klissouras (Eds.) *Proceedings of the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences*, (vol. 2, p.959). Athens; Greece.

📖 Ferreira, J. P., & Fox, K. R. (2002b). *Cross-cultural validity of a Portuguese version of Physical Self-Perception Profile* (vol.1, p.531). Paper presented at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens.

📖 Ferreira, J. P. & Fox, K. R. (2003). *Evidence of cross-cultural validity and reliability of a Portuguese version of the Physical Self-Percepcion Profile*. In R. Stelter (ed.) *Proceedings of the 11th European Congress os Sport Psychology- FEPSAC* (pp. %8-59.) Compenhaga, Dinamarca.

📖 Ferreira, J. P. & Fox, K. R. (2004). *Self-perceptions and exercise in groups with special needs: preliminary analysis*. Paper presented at the I International Symposium of Exercise and Health Psychology, Coimbra.

📖 Ferreira, J. P., & Fox, K. R.(in press). *An investigation into the structure, reliability, and validity of a Portuguese version of the Physical Self- Perception Profile*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

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

📖 Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.

📖 Fleming, J. S., & Watts, W. A. (1980); *The dimensionality of self-esteem: Some results for a college sample*; In: *Journal of personality and social psychology*;39, pp. 921-929.

📖 Fleming, J. S., & Courtney, B. E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 404-421.

📖 Fonseca, A.M., & Fox K.R. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, vol.2, 5, 11-23.

📖 Fox, K. R. (1990). *The Physical Self-Perception Profile Manual*. DeKalb, III: Office for Health Promotion. Northern Illinois University.

📖 Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to weel-being* (pp. 111-140). Champaign, IL: Human Kinetics.

📖 Fox, K. R. (1998). Advances in the measurement of the physical self. *Advances in sport and exercise psychology measurement*. J. L. Duda (Ed.), Morgantown: Fitness Information Technology, Inc.: 295-310.

📖 Fox, K. R. (1999). Public Health Nutrition. *The influence of physical activity on mental well-being*. Nutrition Society, pp. 441 – 418.

📖 Fox, K. R. (2000). Self-esteem, Self-perceptions and Exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.

📖 Fox, K. (2004). The evidence base for physical activity and mental health. I international IN: *I Symposium of Exercise and Health Psychology* - Coimbra. department of exercise and health sciences, university of Bristol, UK.

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

📖 Gallahue (1989). *Understanding Motor Development: Infants, children and adolescents*; Indianapolis; Indiana; Benchmark Press, Inc.; 2nd ed.

📖 Gecas, V. (1982). The Self Concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.

📖 Guthrie, S., & Castelnovo, S. (2001). Disability Management Among Women With Impairments: The Contribution of Physical Activity. *Sociology of Sport Journal*, 18, 5-20.

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

📖 Harter, S. (1983). Development Perspectives on the self-system, P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Socialization, personality and social development model*. New York: Wiley, 4: 275-385.

📖 Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception profile for Children*. Denver: University of Denver.

📖 Harter, S. (1988). *Manual for the Self-Perception profile for Adolescents*. Denver, CO: University of Denver.

📖 Hayes, S. D., Crocker, P., & Kowalski, K. (1999) Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: evaluation of the physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behaviour* 22 (1): 1-14

- 📖 James, W. (1987). *Principles of Psychology*, New York: Holt, 1, 2.
- 📖 Koleck, M., et al., (2002). The Body- Image Questionnaire: An extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 189-196.
- 📖 Kamal, A. F., Blais, C., Kelly, P. & Ekstrand, K. (1995). Self-esteem attributional components of athletes versus nonathletes. *Internacional Journal of Sport Psychology*, 26, 189-195.
- 📖 Llewellyn, A & Chung, M.C (1997). The self-esteem of children with physical disabilities: problems and dilemmas of research. *Journal of Development and Physical Disabilities*, 9 (3), 265-275.
- 📖 Machado, D. (2004) – *Autopercepções e Bem-Estar Psicológico nas Populações Especiais – Estudo Exploratório entre Praticantes e Não Praticantes de Natação com e sem Deficiência Motora*. Dissertação de monografia em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra: Faculdade de ciências do Desporto e Educação Física.
- 📖 Margato, M. (2004) – *Autopercepções e Bem-Estar Psicológico nas Populações Especiais – Estudo Exploratório com indivíduos paralisia cerebral com prática desportiva regular e ocasional*. Dissertação de monografia em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade de Coimbra: Faculdade de ciências do Desporto e Educação Física.
- 📖 Mahoney, E. R. & Finch, M. D. The dimensionality of body cathexis. *Journal of Psychology*, 92, 277-279.
- 📖 Marsh, H. W., & Byrne, B. (1988). A multifaceted academic self-concept: its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology* 80 (3): 366-380.

- 📖 Marsh, H. W. (1997). The Measurement of Physical Self-Concept: A construct Validation Approach.. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 27-58). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- 📖 Marsh, H. W. (1998). Age and Gender Effects in Physical Self- Concepts for Adolescent Elite Athletes and Nonathletes: A Multicohort – Multioccasion Desig. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 237-259.
- 📖 Marsh, H. W. & O’Neill, R. (1984). Self-Description Questionnaire III (SDQ III): The construct validity of multidimensional self-concept ratings by late-adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21, 153-174.
- 📖 Marsh, H. W. & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-125.
- 📖 Marsh, H. W., Barnes, J., Cairns, L. & Tidman, M. (1984). Self-Description Questionnaire: Age and Sex Effects in the Structure and Level of Self-Concept for Preadolescent Children. *Journal of Educational Psychology*, 76 (5): 940-956.
- 📖 Marx, R.W. & Winne, P.H., (1978). Construct interpretations of three self-concept inventories. *American Educational Research Journal*, 15, 99-109.
- 📖 Oliver, M. (1986). *Social policy and disability some theoretical issues- Disability handicap and society*, 1 (1), 5-17.
- 📖 Oliver, M. (1996) *Understanding disability.: From theory to practice*. London: Mcmillan Press Ltd.
- 📖 Rodrigues, D. (1981). A integração de um deficiente motor numa aula de Educação Física. *Revista Ludens*. Vol. 6, 1, 209.
- 📖 Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- 📖 Rosemberg (1979). *Conceiving the self*; New York: Basic.
- 📖 Sempere, I. (2000). Autopercepção no domínio físico em atletas de deficiência motor: estudo em atletas praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. FCDEF. Universidade de Coimbra.
- 📖 Shavelson, R. & Bolus, R. (1982). Self-concept, the Interplay of theory and Methods. *Journal of Educational Psychology*. 74, (1), 3-17.
- 📖 Shavelson, R., J., Hubner, J., & Stanton, G., C., (1976). Self-concept: validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46 (3): 407-441.
- 📖 Sherrill, C. (1997). Disability, Identity, and Involvement. In Sport and Exercise. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 252-286). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- 📖 Sherrill, C. (1998). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan*, (Fifth edition), United States of America: McGraw-Hill, pp. 631-646.
- 📖 Sonstroem, R. J. (1997). Physical activity and self-esteem. In: Morgan WP (ed). *Physical activity and mental health*. Taylor and Francis, Washington DC. 124-143.
- 📖 Sonstroem, R. J. & Potts S.A. (1996). Life adjustment correlates of physical self-concepts. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28 (5): 619-625.
- 📖 Sonstroem, R. J., Speliotis E., & Fava J. (1992). Perceived physical competence in adults : an examination of physical self-perception profile. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14: 207-221
- 📖 Soule, J. C., Drummond, J. & McIntire, W.G. (1981). Dimensions of self-concept for children in kindergarten and grades 1 and 2. *Psychological Reports*. 48: 83-88.

📖 Stone, S. D (1995), The myth of bodily perfection. *Disability and Society*, 10 (4), 413-424.

📖 Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality and Disability*, 19, (4), 293-308.

📖 Van der Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P; Fox, K., Coppenolle, H. David, A., Pieters, G. & Peuskens, J. (2002). Assessment of physical self-perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 32: 855-863.

📖 Van der Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P; Fox, K., David, A, Morres, I., Coppenolle, A. & Pieters. (2002). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise*, 3: 309-322.

📖 Vaz Serra, A. (1986). A importância do Autoconceito. *Revista Psiquiatria Clínica*, 7,(2), 57-66.

📖 USDHHS. (1999), *Mental health: A report of the surgeon general – Executive Summary*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance, Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health.

📖 Yoshida, K. (1993). Reshaping of Self: A Pendular Reconstruction of Self and Identity among Adults with Traumatic Spinal Cord Injury. *Sociology of Health and Illness*, 15 (2), 217-245.

📖 Weinberg, R., & Gould, D. (1995). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.

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

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

📖 Wylie, R. C. (1979). *The self-concept, Volume 2: Theory and research on selected topics*. Lincoln: University of Nebraska.