



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

**Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais**

**A INCLUSÃO ATRAVÉS DO DESPORTO ADAPTADO: O CASO  
PORTUGUÊS DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS**

Dissertação de Mestrado com vista à  
obtenção do grau de Mestre em Exercício e  
Saúde em Populações Especiais

Orientadora:

**Professora Doutora Salomé Marivoet**

**Marta Fernandes Freire**

**Coimbra, 2010**





## Resumo

A presente investigação pretende aprofundar a inclusão social dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) através do desporto adaptado. Assim, examinamos a relação entre o desporto e o reconhecimento social, interação social, auto-estima, condição física, imagem corporal e qualidade de vida de pessoas com deficiência motora, bem como as atitudes negativas e obstáculos.

A nossa amostra é constituída por 80 praticantes de BCR que fizeram parte do Campeonato Nacional de BCR, na época de 2007/2008, em que 77 são do género masculino e 3 do género feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 63 anos. Através da aplicação de um inquérito por questionário, recolhemos a informação definida pelo nosso modelo de análise, tendo esta sido tratada nos programas informáticos de *SPSS* e *Excel*.

De uma forma geral, podemos concluir que os praticantes de BCR apresentam uma auto-estima bastante elevada. A maioria considera não existir atitudes negativas, obstáculos ou comportamentos por parte de outras pessoas que possam servir como barreira à sua inclusão social. Da mesma forma, os praticantes de BCR têm uma representação positiva da sua inclusão social, pois consideram que esta modalidade contribui para o reconhecimento do seu valor e para a sua sociabilidade.

Concluimos que a maioria dos praticantes de BCR afirma estar satisfeita com a sua imagem corporal (com excepção dos praticantes com menos de 18 anos e em menor grau pelos praticantes com sina bífida e paraplegia). Também, a maioria dos inquiridos dá grande importância à prática desportiva (PD) do BCR, assim como à sua condição física, e considera que esta modalidade lhes incrementa a sua qualidade de vida.

Por fim, concluimos ainda, que a maioria dos praticantes teve como primeira PD o BCR, apresentando uma regularidade ao longo do tempo (excepto os praticantes entre os 41 e 60 anos). Actualmente, apresentam uma elevada intensidade da prática (excepto os praticantes com spina bífida e amputação), assim como uma elevada frequência. A maioria afirma estar satisfeita com o desempenho dos profissionais, contudo insatisfeita com a falta de apoio financeiro e logístico. Considera-se, no entanto, não existir obstáculos à acessibilidade desportiva (excepto o bar e as escadas).

**Palavras-chave:** BCR; PD; Inclusão social; Qualidade de vida; Barreiras/obstáculos.



## Abstract

The main aim of this research is to study the social inclusion of wheelchair basketball players in adapted sport. Thus, this study examines the relationship between sports and social recognition, social interaction, self-esteem, physical condition, body image and quality of life of people with physical disabilities, as well as the negative attitudes and barriers to the participation of people with disabilities.

It involved 80 wheelchair basketball players that took part of the National Wheelchair Basketball Championship, in the season 2007/2008, 77 of those are males and 3 females, between the ages of 14 and 63. The information was gathered through our analysis model and treated through informatics programmes such as *SPSS* and *Excel*.

In general, the results show that wheelchair basketball players have a higher score on self-esteem. The majority of wheelchair basketball players don't recognize negative attitudes, impediments or behaviours by other people that serve as barriers to their social inclusion. In the same way, wheelchair basketball players show positive representation of social inclusion, considering that this sport gives them a higher social interaction and recognition.

We concluded that the majority of wheelchair basketball players are satisfied with their body image (with the exception of players under 18 and in less degree of players with spina bifida and paraplegia). They give higher importance to the practice of wheelchair basketball and physical condition and they think that this sport increases their quality of life.

Finally, we concluded that the majority of players began practicing wheelchair basketball as their first sport. They present regularity through time (except players between 41 and 60 years). Nowadays, they have high intensity (except players with spina bifida and amputation) as well as frequency of practice. The most part states being satisfied with the performance of the professional staff, however unsatisfied with the lack of financial and logistic support. However, they consider that there aren't barriers to the sportive accessibility (except as far as the bar and stairs are concerned).

**Keywords:** Wheelchair basketball; Social inclusion; Quality of life; Barriers/impediments.



## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS</b>	x
<b>LISTA GERAL DE ABREVIATURAS</b>	xv
<b>AGRADECIMENTOS</b>	xvii
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	5
<b>1.1. A PROBLEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA</b>	7
<b>1.1.1. A Sociedade e a Deficiência</b>	9
<b>1.1.2. Quadro Conceptual da Deficiência</b>	24
<b>1.1.3. Enquadramento Legal Desportivo para Pessoas com Deficiência</b>	34
<b>1.2. O DESPORTO ADAPTADO E A ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA</b>	48
<b>1.2.1. Análise Histórica do Desporto Adaptado</b>	48
<b>1.2.2. Conceitos/Terminologia</b>	56
<b>1.2.3. Organizações Desportivas Internacionais</b>	60
<b>1.2.4. Organizações Desportivas Nacionais</b>	63
<b>1.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MOTORA</b>	66
<b>1.3.1. Classificação da Deficiência Motora</b>	67
<b>1.3.2. A Actividade Física na Deficiência</b>	72
<b>1.4. O DESPORTO ENQUANTO PROMOTOR DE INCLUSÃO SOCIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA</b>	74
<b>1.4.1. Obstáculos na Inclusão Social da Pessoa com Deficiência</b>	80
<b>1.4.2. Qualidade de Vida</b>	94
<b>1.5. AUTO-ESTIMA, IMAGEM CORPORAL E ACTIVIDADE FÍSICA</b>	98
<b>1.5.1. Auto-estima</b>	98
<b>1.5.1.1. Delimitação conceptual</b>	98
<b>1.5.1.2. Auto-estima e conceitos associados</b>	102



<b>1.5.2. Imagem Corporal</b>	112
<b>1.5.2.1. Delimitação conceptual</b>	112
<b>1.5.2.2. Imagem corporal e conceitos associados</b>	113
<b>1.6. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA, OBJECTO DE ESTUDO E HIPÓTESES</b>	115
<b>II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	119
<b>2.1. MODELO DE ANÁLISE</b>	121
<b>2.1.1. Tipologia dos Grupos Sociais</b>	123
<b>2.2. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO</b>	125
<b>2.2.1. Instrumento de Medida: o Inquérito Sociográfico</b>	125
<b>2.2.2. Procedimentos na Aplicação do Inquérito Sociográfico</b>	128
<b>2.2.3. Análise e Tratamento de Dados</b>	128
<b>III. CARACTERIZAÇÃO DO BASQUETEBOL EM CADEIRAS DE RODAS (BCR)</b>	131
<b>3.1. O BCR NOS JOGOS PARALÍMPICOS</b>	133
<b>3.2. ASPECTOS TÉCNICOS DO BCR</b>	138
<b>3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PRATICANTES DE BCR</b>	140
<b>3.3.1. Perfil de Deficiência</b>	140
<b>3.3.2. Perfil Sociodemográfico</b>	142
<b>3.3.3. Perfil Sociocultural</b>	145
<b>IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	151
<b>4.1. A INCLUSÃO SOCIAL DOS PRATICANTES DE BCR</b>	153
<b>4.1.1. Auto-estima</b>	154
<b>4.1.2. Comportamentos/Atitudes/Obstáculos da sociedade</b>	162
<b>4.1.3. Sociabilidades Através do BCR</b>	167
<b>4.1.4. Reconhecimento Social Obtido Através do BCR</b>	171

<b>4.1.5. Apontamento Conclusivo</b>	176
<b>4.2. SATISFAÇÃO DOS PRATICANTES DE BCR RELATIVAMENTE À SUA IMAGEM CORPORAL, IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DESPORTIVA, CONDIÇÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA</b>	180
<b>4.2.1. Satisfação com a Imagem Corporal</b>	180
<b>4.2.2. Importância do BCR</b>	185
<b>4.2.3. Importância Atribuída à Condição Física</b>	188
<b>4.2.4. Melhoria da Qualidade de Vida</b>	194
<b>4.2.5. Apontamento Conclusivo</b>	198
<b>4.3. SATISFAÇÃO COM A PRÁTICA DESPORTIVA DO BCR</b>	201
<b>4.3.1. Percurso Desportivo do Atleta</b>	201
<b>4.3.2. Caracterização da Prática Desportiva Actual</b>	207
<b>4.3.3. Obstáculos na Acessibilidade à Prática Desportiva</b>	214
<b>4.3.3.1. Desempenho dos profissionais</b>	214
<b>4.3.3.2. Barreiras arquitectónicas</b>	216
<b>4.3.3.3. Apoio financeiro e logístico</b>	220
<b>4.3.4 Apontamento Conclusivo</b>	224
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	229
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	239
<b>ANEXOS</b>	267
<b>ANEXO 1. INQUÉRITO SOCIOGRÁFICO</b>	269
<b>ANEXO 2. GRELHAS DE CODIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO</b>	277
<b>ANEXO 3. QUADROS DE APURAMENTO</b>	281

## ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

### Figuras

Figura 1. Excertos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948	15
Figura 2. Excertos da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, 1975	16
Figura 3. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 19.º (Direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade)	23
Figura 4. Excerto da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência	28
Figura 5. Interações entre os componentes da CIF	34
Figura 6. Excertos da Constituição da República Portuguesa, Artigo 13.º (Princípio da Igualdade)	35
Figura 7. Excertos da Constituição da República Portuguesa, Artigo 71.º (Cidadãos portadores de deficiência)	36
Figura 8. Excertos da Lei n.º5/2007	38
Figura 9. Excertos da Lei 127/99, de 20 de Agosto, Artigo 2.º	39
Figura 10. Excertos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Artigo 5.º (Igualdade e não discriminação)	41
Figura 11. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 30.º (Participação na vida cultural, recreação, lazer e desporto)	42
Figura 12. Excertos da Carta Internacional da Educação Física e do Desporto (Artigo 1.º)	44
Figura 13. Excertos da Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto	63
Figura 14. Estrutura organizativa: Interna e Territorial da FDPP	65
Figura 15. População sem deficiência e com deficiência segundo o tipo, Portugal 2001	67
Figura 16. Barreiras à inclusão na actividade física	82
Figura 17. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 5.º (Igualdade e não discriminação)	85
Figura 18. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 6.º (Mulheres com deficiência)	86

Figura 19. Excertos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Artigo 9.º (Acessibilidade)	93
---	----

## **Gráficos**

Gráfico 1. Estratificação da amostra segundo o tipo de deficiência	140
Gráfico 2. Estratificação da amostra segundo o tipo de amputação	141
Gráfico 3. Estratificação da amostra segundo o período de aquisição	141
Gráfico 4. Estratificação da amostra segundo o número de anos com deficiência	142
Gráfico 5. Estratificação da amostra segundo o género	142
Gráfico 6. Estratificação da amostra segundo a idade	143
Gráfico 7. Estratificação da amostra segundo o estado civil	144
Gráfico 8. Estratificação da amostra segundo o agregado familiar	144
Gráfico 9. Estratificação da amostra segundo as habilitações literárias	145
Gráfico 10. Estratificação da amostra segundo as condições perante o trabalho	146
Gráfico 11. Estratificação da amostra segundo o grupo social	146
Gráfico 12. Estratificação da amostra segundo o grupo social e as habilitações literárias	147
Gráfico 13. Estratificação da amostra segundo o grupo social e as condições perante o trabalho	148
Gráfico 14. Estratificação da amostra segundo o grupo social e a idade	149
Gráfico 15. Sociabilidade no BCR segundo a idade	169
Gráfico 16. Sociabilidade no BCR segundo o grupo social	169
Gráfico 17. Sociabilidade no BCR segundo o tipo de deficiência	170
Gráfico 18. Sociabilidade no BCR segundo o período de aquisição	171
Gráfico 19. Reconhecimento social dos praticantes de BCR	172
Gráfico 20. Formas de reconhecimento social	172
Gráfico 21. Reconhecimento social segundo a idade	173
Gráfico 22. Reconhecimento social segundo o grupo social	174
Gráfico 23. Reconhecimento social segundo o tipo de deficiência	175
Gráfico 24. Reconhecimento social segundo o período de aquisição	175
Gráfico 25. Imagem corporal dos praticantes de BCR	180
Gráfico 26. Imagem corporal dos praticantes de BCR segundo a idade	182

Gráfico 27. Imagem corporal dos praticantes de BCR segundo o grupo social	183
Gráfico 28. Imagem corporal dos praticantes de BCR segundo o tipo de deficiência	184
Gráfico 29. Importância do BCR	185
Gráfico 30. Importância do BCR segundo a idade	187
Gráfico 31. Importância do BCR segundo o grupo social	187
Gráfico 32. Importância do BCR segundo o tipo de deficiência	188
Gráfico 33. Importância atribuída à condição física	189
Gráfico 34. Importância atribuída à condição física segundo a idade	190
Gráfico 35. Importância atribuída à condição física segundo o grupo social	191
Gráfico 36. Importância atribuída à condição física segundo o tipo de deficiência	191
Gráfico 37. Razões da prática desportiva	193
Gráfico 38. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida	195
Gráfico 39. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo a idade	196
Gráfico 40. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo o grupo social	197
Gráfico 41. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo o tipo de deficiência	197
Gráfico 42. Idade do início da prática desportiva	202
Gráfico 43. Primeiras modalidades praticadas pelos que não iniciaram a prática desportiva com o BCR	202
Gráfico 44. BCR como primeira modalidade segundo a idade	203
Gráfico 45. BCR como primeira modalidade segundo o tipo de deficiência	204
Gráfico 46. Regularidade no tempo	204
Gráfico 47. Razões para a interrupção da prática desportiva	205
Gráfico 48. Tempo de prática de BCR	208
Gráfico 49. Locais de prática do BCR	208
Gráfico 50. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR segundo a idade	209
Gráfico 51. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR segundo o tipo de deficiência	210
Gráfico 52. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR	214

Gráfico 53. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR segundo a idade	215
Gráfico 54. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR segundo o tipo de deficiência	216
Gráfico 55. Despesas mensais com o BCR	220
Gráfico 56. Opinião dos praticantes de BCR relativamente aos apoios financeiros para o BCR	221
Gráfico 57. Despesas mensais com o BCR segundo a idade	222
Gráfico 58. Opinião dos praticantes de BCR relativamente aos apoios financeiros para o BCR segundo a idade	222
Gráfico 59. Despesas mensais com o BCR segundo o tipo de deficiência	223
Gráfico 60. Opinião dos praticantes de BCR relativamente aos apoios financeiros para o BCR segundo o tipo de deficiência	224

## **Quadros**

Quadro 1. Vantagens da Inclusão	21
Quadro 2. Modelo linear da CIDID	26
Quadro 3. Distinção semântica entre os conceitos	27
Quadro 4. Definições das várias componentes da CIF	32
Quadro 5. Visão geral da CIF	33
Quadro 6. Dimensões, Variáveis e Indicadores	122
Quadro 7. Tipologia dos grupos sociais	124
Quadro 8. Médias e desvio-padrão da auto-estima	155
Quadro 9. Auto-estima global segundo a idade	156
Quadro 10. Médias e desvio-padrão da auto-estima segundo a idade	157
Quadro 11. Auto-estima global segundo o grupo social	158
Quadro 12. Médias e desvio-padrão da auto-estima segundo o grupo social	159
Quadro 13. Auto-estima global segundo o tipo de deficiência	159
Quadro 14. Médias e desvio-padrão da auto-estima segundo o tipo de deficiência	161
Quadro 15. Auto-estima global segundo o período de aquisição	162
Quadro 16. Atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR (%)	163
Quadro 17. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos	

sentidos pelos praticantes de BCR	163
Quadro 18. Médias e Desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo a idade	164
Quadro 19. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o grupo social	165
Quadro 20. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o tipo de deficiência	166
Quadro 21. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o período de aquisição	167
Quadro 22. Razões para a prática desportiva (%)	194
Quadro 23. Razões para a interrupção da prática desportiva no passado (%)	206
Quadro 24. Regularidade ao longo do tempo segundo a idade e o tipo de deficiência (%)	207
Quadro 25. Índice de intensidade segundo a idade e o tipo de deficiência	211
Quadro 26. Indicadores COMPASS	212
Quadro 27. Indicadores COMPASS segundo a idade e o tipo de deficiência	213
Quadro 28. Grau de satisfação com as infra-estruturas do clube e espaços circundantes ao clube (%)	217
Quadro 29. Grau de satisfação com as infra-estruturas do clube e espaços circundantes ao clube segundo a idade (%)	218
Quadro 30. Grau de satisfação com as infra-estruturas do clube e espaços circundantes ao clube segundo o tipo de deficiência (%)	219

## **LISTA GERAL DE ABREVIATURAS**

AAPD – Associação de Atletas Portadores de Deficiência  
ADM – Associação de Deficientes Motores  
AFA – Actividade Física Adaptada  
AFD – Actividade Física e Desportiva  
ANDD – Associações Nacionais de Desporto por Deficiência  
ANDDEMOT - Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora  
ANDDI-Portugal – Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Intelectual  
ANDDVIS – Associação Nacional de Desporto para Deficientes Visuais  
APD – Associação Portuguesa de Deficiência  
APPC – Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral  
BCR – Basquetebol em cadeira de rodas  
CEFA – Centro de Estudos e Formação Autárquica  
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão  
CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens  
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
CISS – Comité Internacional de Desportos para Surdos  
COI – Comité Olímpico Internacional  
CPE – Comité Paralímpico Europeu  
CPI – Comité Paralímpico Internacional  
CP-ISRA – Cerebral Palsy International Sport and Recreation Association  
CPP – Comité Paralímpico de Portugal  
DA – Desporto Adaptado  
EQS – Empresários e Quadros Superiores  
FPDD – Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência  
IBSA – International Blind Sports Association  
ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps  
ICSD – International Committee of Sport for the Deaf  
IDP – Instituto do Desporto de Portugal  
IFAPA – International Federation of Adapted Physical Activity  
INAS-FID – International Association Sport for Persons with Intellectual Handicap  
INR – Instituto Nacional para a Reabilitação



IPC – International Paralympic Comitee

ISMGF – International Stoke Mandeville Games Federation

ISMWSF – International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation

ISOD – International Sports Organization for the Disable (Organização Internacional do Desporto para Deficientes)

IWAS – International Wheelchair & Amputee Sports Federation

IWBF – International Wheelchair Basketball Federation

JI – Jogos Internacionais

JP – Jogos Paralímpicos

LPDS – Liga Portuguesa de Desporto para Surdos

LVM – Lesão Vértebro-medular

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PC-AND – Paralisia Cerebral Associação Nacional de Desporto

PD – Prática Desportiva

PDA – Prática Desportiva Adaptada

PIAP – Profissionais da Indústria, Agricultura e Pescas

RSE – *Self-Esteem Scale*

SEE – Serviços de Enquadramento e Execução

SNR – Secretariado Nacional de Reabilitação

SNRIPD – Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência

SO – Special Olympics

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura)

## **AGRADECIMENTOS**

Após uma longa caminhada, na elaboração desta dissertação, é com muita satisfação que expresso o mais profundo agradecimento a todas as pessoas que me ajudaram e incentivaram na conclusão de mais uma etapa académica da minha vida.

Antes de mais, gostaria de agradecer à professora Doutora Salomé Marivoet pela ajuda constante, pela partilha de saber e pelas relevantes contribuições para este estudo. Em particular, agradeço por me ter continuado a apoiar após a monografia e ao longo do mestrado e, sobretudo, por incentivar o meu interesse pelo conhecimento.

Gostaria, ainda, de agradecer: a todas as equipas de Basquetebol em cadeira de rodas, pelo tempo dispendido no preenchimento do questionário e pela sua disponibilidade.

Dirijo o meu agradecimento, também, a toda a minha família, por me ter incentivado ao longo de muitos anos a continuar a lutar por tudo aquilo que acredito, e a todos os amigos presentes que sempre me ajudaram, em especial, a Cláudia e o Nuno.

Por último, um obrigado muito especial ao Pedro, por tornar mais fácil a concretização deste objectivo e pelo seu sorriso e apoio constante.

A TODOS o meu sincero OBRIGADO.



## INTRODUÇÃO

A complexidade da inclusão é hoje uma realidade social. Com a Declaração de Salamanca (1994) assistimos a um novo período na história das pessoas com deficiência. Um período no qual a sociedade se adapta para poder incluir as pessoas com deficiência para que, conseqüentemente, estas possam assumir os vários papéis na sociedade bem como a liderança das suas vidas, surgindo a necessidade de aceitar e valorizar a diferença.

São vários os documentos nacionais e internacionais que salvaguardam os direitos das pessoas com deficiência (Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948; Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, 1975; Declaração de Salamanca, 1994; Declaração de Madrid, 2002; Constituição da República Portuguesa, artigo 71.º) e que destacam a igualdade de oportunidades e de participação, assim como o acesso à cultura, desporto e recreação (Lei n.º 5/2007, artigos 2.º e 29.º; Lei n.º 46/2006, artigo 4.º; Lei n.º 38/2004, artigos, 5.º e 38.º).

Como sabemos, as pessoas com deficiência, na maioria das vezes, encontram obstáculos relativamente ao gozo dos seus plenos direitos e liberdades fundamentais, tais como, a exclusão dos sistemas educacionais, a falta de oportunidades profissionais e/ou desportivas, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e reabilitação e aos equipamentos urbanos e meios de transporte e locomoção nas vias e equipamentos públicos.

Todos estes obstáculos restringem a participação social devido à falta de instrumentos de apoio para que as pessoas com deficiência possam participar nas várias esferas da vida social. Conseqüentemente podendo levar ao isolamento e à exclusão social.

As pessoas com deficiência motora enfrentam, habitualmente, dificuldades em desenvolver uma percepção positiva acerca de si próprios, nomeadamente no que diz respeito às suas competências físicas e sociais. Esta percepção negativa resulta, fundamentalmente, de uma variedade de experiências de socialização negativas, de restritas oportunidades de participação nas mais variadas actividades sociais e culturais, e ainda de uma crença enraizada na sociedade que os identifica como incapacitados, fruto de preconceito, da estigmatização e discriminação social (Blinde & McClung, 1997).

O desporto adaptado (DA) surge como uma das formas para melhorar o modo como as pessoas com deficiência se percebem (Blinde & McClung, 1997), permitir que os “outros” vejam a deficiência sob uma perspectiva mais positiva e humana (Goodwin *et al.*, 2004), melhorar a integração e satisfação nas relações sociais, tornando-as mais capazes de enfrentar estereótipos negativos (Giacobbi *et al.*, 2008), elevar a auto-eficácia, a auto-estima, a autonomia e as crenças acerca de si mesmas, de tal modo que aumentam a sua motivação para continuarem a praticar, favorecendo, consequentemente, a sua inclusão social (Giacobbi *et al.*, 2008).

Todos estes aspectos, cruzando as várias áreas de intervenção da vida da pessoa, revelam-se cruciais para a pessoa com deficiência, pois proporcionam-lhe uma consequente melhoria na qualidade de vida.

A nossa investigação debruça-se sobre a inclusão realizada no DA, mais propriamente através do Basquetebol em cadeira de rodas (BCR).

Como tal, o nosso primeiro capítulo – *Enquadramento Teórico* – encontra-se estruturado em seis pontos. O primeiro retrata a problemática da deficiência na sociedade, no qual serão abordados a sociedade e a deficiência, o quadro conceptual da deficiência e o enquadramento legal desportivo para pessoas com deficiência. O segundo ponto analisa o desporto adaptado e a actividade física adaptada. Neste ponto é realizada uma análise histórica do desporto adaptado, bem como uma fundamentação teórica sobre estes conceitos. Para além disso, será feita uma breve análise às várias organizações internacionais e nacionais vocacionadas para o trabalho desportivo de pessoas com deficiência. O terceiro ponto retrata a caracterização da população com deficiência motora, bem como o efeito que a actividade física tem neste tipo de deficiência. O quarto ponto trata sobre o desporto enquanto promotor de inclusão social para pessoas com deficiência, bem como os obstáculos existentes na inclusão social da pessoa com deficiência. Neste mesmo ponto ainda será feita uma reflexão sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência e a sua relação com o desporto. No quinto ponto será realizada uma conceptualização sobre a auto-estima e a imagem corporal bem como uma relação destes dois conceitos com a actividade física. E por último, o sexto ponto, onde descrevemos a definição da nossa problemática, o objecto de estudo e as hipóteses de investigação.

No segundo capítulo – *Metodologia de Investigação* – é realizada uma abordagem à metodologia de investigação, onde se enquadra o modelo de análise e a

tipologia dos grupos sociais, os métodos e técnicas de recolha e tratamento de informação, nomeadamente o instrumento de medida, em que, para a nossa investigação, foi construído um inquérito sociográfico, os procedimentos na aplicação deste inquérito e, por fim, a análise e tratamento de dados.

No terceiro capítulo – *Caracterização do Basquetebol em cadeira de rodas (BCR)* – realizamos um enquadramento desta modalidade nos Jogos Paralímpicos, e também sobre os aspectos técnicos da modalidade e, por fim, apresentamos a caracterização dos praticantes de BCR, tendo em conta que o nosso estudo analisa a realidade nacional da modalidade em questão.

No que concerne ao quarto capítulo da nossa investigação – *Análise e Discussão de Resultados* –, é feita a discussão das três hipóteses em estudo, sendo tratada a inclusão social dos praticantes de BCR; a satisfação dos praticantes de BCR relativamente à sua imagem corporal, importância da prática desportiva, condição física e qualidade de vida; e a satisfação com a prática desportiva do BCR.

E, por último, são retiradas as conclusões do nosso estudo e elaboradas recomendações para futuros estudos.



## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO







## **I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Para um melhor conhecimento da inclusão no desporto adaptado (DA) é necessário realizar um enquadramento teórico, onde serão identificados e discutidos os aspectos fundamentais para a nossa investigação, tendo por base a contribuição de vários autores relevantes para o estudo em análise.

Para o enquadramento teórico serão explorados seis subcapítulos. Começamos pela análise da problemática da deficiência, onde serão discutidos temas relacionados com a sociedade e a deficiência, o quadro conceptual da deficiência e o enquadramento legal desportivo para esta população. Segue-se o estudo do DA e da actividade física adaptada (AFA), onde é realizada uma resenha histórica e uma conceptualização dos termos em questão. Para além disso, será desenvolvida uma breve análise das organizações desportivas nacionais e internacionais. No terceiro subcapítulo é realizada uma caracterização da população com deficiência motora, nomeadamente a caracterização de cada um dos tipos de deficiência motora relevantes para o nosso estudo e o impacto da actividade física na deficiência. No quarto subcapítulo é analisado o facto de o desporto ser considerado um promotor de inclusão social para pessoas com deficiência, os obstáculos na inclusão social da pessoa com deficiência e a qualidade de vida. No quinto subcapítulo será analisada a auto-estima e a imagem corporal, onde será desenvolvida uma delimitação conceptual e uma análise dos conceitos associados bem como o impacto da actividade física na auto-estima e imagem corporal. Por último, será definido o problema e o objecto de estudo e expostas as hipóteses em estudo.

### **1.1. A PROBLEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA**

A problemática sobre a deficiência tem ocupado cada vez mais espaço nas políticas de vários países, como é o caso de Portugal. Devido ao envelhecimento da população e à evolução da medicina, sabemos que a experiência da deficiência faz parte da vida de muitas pessoas. Sabe-se que existe em Portugal, assim como no resto do mundo, um número cada vez maior de pessoas com deficiência, sendo que as causas e as consequências são múltiplas.

As atitudes das pessoas face à deficiência têm sido bastante diversificadas ao longo dos tempos e, frequentemente, muitas vezes estas atitudes podem estar associadas ao tipo de incapacidade que as pessoas possam apresentar. Para além disso, as pessoas com deficiência são vistas, muitas vezes, de modo negativo pela sociedade, embora este tipo de atitude tenha sofrido alterações ao longo do tempo.

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

A teoria do modelo médico define deficiência em termos de desvio da norma. Como Hargreaves (2000; *Ap. Huang & Brittain, 2006*) indica, o corpo com deficiência imediata e visível significa diferença e anormalidade. Esta percepção de deficiência levou muitas pessoas com deficiência a rejeitar a deficiência como uma identidade social para eles próprios e levou-os a tornarem-se enredados em várias formas de auto-opressão, tal como auto-punição e negação, e a viver fazendo de conta que não têm uma deficiência (Swain & Cameron, 1999; *Ap. Huang & Brittain, 2006*). Espera-se que as pessoas com deficiência façam um esforço para se conformarem com os ideais das pessoas sem deficiência e para se integrarem no meio das outras pessoas, para demonstrar que o impacto da sua deficiência tem o mínimo significado na formação daquilo que elas são. Estas são algumas das respostas que se espera das pessoas que vivem com a deficiência num mundo que é dominado pelo discurso médico individualizado da deficiência (Huang & Brittain, 2006).

O discurso do modelo médico sobre a deficiência define a pessoa com deficiência por aquilo que ela não consegue fazer. As pessoas com deficiência são frequentemente definidas pela jurisdição médica porque são confrontadas diariamente pelo discurso da tragédia, acabando por influenciar a sua experiência e a sua identidade. Assim, o modelo médico define a deficiência como um defeito ou condição que requer uma cura. Se a cura não é possível, as pessoas com deficiência são tipicamente banidas da sociedade e colocadas em instituições. Neste modelo usam-se frequente termos como “doente”, “defeituoso”, “anormal”.

A partir dos anos 70, a concepção de deficiência começou a ser gradualmente reformulada e a reconhecer-se como uma opressão social, surgindo o modelo social, em contraste com o modelo médico. O modelo social surge na sequência da luta de pessoas com deficiência e dos seus grupos representativos de situações de relegação para instituições, residenciais, exclusão do mercado de trabalho, de oportunidades de ganhar a vida, conduzindo-os obrigatoriamente à pobreza (Barton, 1997). Este modelo recebeu muito mais entusiasmo pelas pessoas com deficiência porque faz uma conexão imediata com as suas próprias experiências (Oliver, 1996).

No modelo social, a deficiência deixa de ser uma descrição das características físicas de uma pessoa para passar a ser um constructo social, envolvendo a interacção da pessoa com o meio envolvente. O modelo social tem como intenção criar uma auto-imagem positiva e um senso de *empowerment* para as pessoas com deficiência. Este modelo rejeita a ideia estabelecida há muito tempo que impede a participação das pessoas com deficiência e que se foca na deficiência e nas barreiras ambientais. Podem-se tomar muitas atitudes para reduzir as barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam. O modelo social enfatiza a importância de remover os obstáculos que as pessoas com deficiência enfrentam para se tornarem participantes activos na comunidade em que vivem, aprendem e trabalham.

Em suma, o modelo social da deficiência oferece às pessoas com deficiência uma oportunidade para elas próprias construírem as suas identidades. Assim, as pessoas com deficiência podem reconhecer positivamente a sua deficiência deixando de ser uma razão para a auto-repugnar, ignorar ou esconder.

### **1.1.1. A Sociedade e a Deficiência**

A evolução da atitude social em relação às pessoas com deficiência tem sido morosa e carregada de preconceitos e de diferentes abordagens. Sobre este assunto, os conhecimentos sociológicos permitem-nos afirmar que os comportamentos e atitudes da sociedade face à problemática da deficiência apresentam variações ao longo do tempo. Também a variedade terminológica no que respeita às pessoas que não as ditas “normais” (deficientes, excepcionais, inadaptados, diferentes, com necessidades educativas especiais ou específicas, em desvantagem, portadoras de um *handicap* ou, ainda, portadoras de deficiência) é, em si mesma, um reflexo das mudanças sociais e

também a prova necessária da existência de um consenso geral, no tocante a esta problemática.

Até aos nossos dias vemos que esta problemática teve uma evolução muito grande, contudo foi evoluindo lentamente ao longo de várias épocas. A actual legislação e criação de estruturas apropriadas visam garantir a igualdade de oportunidades para a pessoa com deficiência nas várias áreas da sociedade, possibilitando que esta se assuma como cidadã com pleno direito, na educação, emprego e desporto.

De acordo com Lowenfeld (1973; *Ap. Pereira, 1984*), a deficiência tem sido perspectivada de quatro formas distintas: separação, protecção, emancipação e integração, que correspondem a períodos diferenciados na história da inserção social do deficiente. Marques *et al.* (2001) acrescentam um novo período na história da pessoa com deficiência, o período da inclusão.

### Separação

A separação, regra geral, era executada através de duas formas: aniquilação e veneração.

Apesar das condições de vida serem más e de não haver higiene e defesas capazes contra a doença, existiam nas sociedades primitivas poucos deficientes, dado que estes, como todos os indivíduos sem condições de subsistência autónoma, eram suprimidos.

Existia ainda um outro factor que contribuía para o seu extermínio – o pensamento mágico – religioso, que subordinava na altura o conhecimento (Pereira, 1984), o que explica e continua a explicar muitos dos acontecimentos do dia-a-dia do homem primitivo, uma vez que aquele considerava o deficiente como um perigo ou um elemento de agoiro.

Consoante a sociedade em que estava inserido, o deficiente podia ser alvo de perseguição ou veneração. Exemplo disso são os cegos. Em algumas sociedades, pensava-se que ele era possuído por um espírito maligno, tornando-se assim em objecto de temor religioso, acreditava-se que quem lhe fizesse mal seria alvo de uma vingança dos deuses. Havia ainda sociedades em que o cego era divinizado. Acreditava-se que possuía uma visão sobrenatural baseada numa capacidade de comunicação com os

deuses. Na China e noutras sociedades orientais, eles eram muitas vezes exorcistas, adivinhos e diziam a sina. Estas profissões também eram exercidas nas sociedades ocidentais onde o extermínio de crianças deficientes à nascença era proibido pela lei, como por exemplo em Tebas.

Nas restantes cidades como a Grécia, Roma e Índia, a sua condenação à morte era aceite legal e teoricamente pelos indivíduos. Filósofos como Platão, Aristóteles e Séneca eram apologistas dessa prática (Pereira, 1984). Em muitos casos, os bebés menos sadios eram aniquilados logo à nascença. A filosofia grega justificava tais actos cometidos contra os deficientes postulando que estas criaturas não eram humanas, mas um tipo de monstro pertencente a outra espécie.

Tem-se, no entanto, conhecimento de alguns casos de deficientes venerados como Homero, Tiresias e Phineus entre outros. Eram considerados pessoas cheias de dignidade e de saber, que falavam dos mistérios da vida e da morte, dos deuses, que contavam histórias e cantavam (Pereira, 1984).

Já no início da Idade Média foi aceite uma relação de causalidade entre demonologia e anormalidade (Leitão, 1980).

### Protecção

O sentimento de horror em relação à deficiência foi dando lugar ao sentimento de caridade, o qual corresponde ao início da era da protecção (Marques *et al.*, 2001). O infanticídio foi desaparecendo da legislação, contudo não deu lugar a nova legislação que protegesse os direitos das pessoas com deficiência.

O período de protecção surgiu através das religiões monoteístas. O Velho Testamento e as primeiras sociedades cristãs protegiam as pessoas idosas, os órfãos e os cegos. Nesta altura considerava-se que através da cegueira alcançava-se o céu.

Fundaram-se asilos e hospitais, tais como o de São Basílio no século IV, onde os cegos eram admirados (Pereira, 1984). Ao mesmo tempo, também era prática comum mutilar ou cegar indivíduos que cometiam graves delitos.

Mais tarde, em plena Idade Média foram fundados vários hospícios para os deficientes. O primeiro foi fundado por S. Luís, em França, no ano de 1260, ao qual se seguiram outras iniciativas em países como a Suíça, Alemanha, Itália e Espanha (Pereira, 1984). Estes hospícios preocupavam-se fundamentalmente com a

alimentação e vestuário. Acreditava-se que tratando bem os deficientes, os idosos ou outros carenciados se obtinha um lugar no céu (Marques *et al.*, 2001).

Com o aparecimento do movimento reformista da Igreja surge uma nova visão sobre os deficientes. Passaram a ser considerados como um indício do descontentamento divino, sendo novamente relegados para um plano inferior.

No final desta fase iniciou-se uma nova viragem de forma a encarar o deficiente, que tem a sua origem na grande necessidade de mão-de-obra que existia no tempo. Assim, em 1601, uma lei da Rainha Isabel I, *Elizabethan Poor Law*, dava um grande relevo à necessidade de que as crianças deficientes, os coxos, os velhos, os fisicamente débeis e os cegos deveriam ser colocados como aprendizes, à excepção daqueles que de maneira nenhuma pudessem trabalhar (Pereira, 1984).

### Emancipação

Com o novo interesse criado pelo Renascimento em estudar o Homem, a industrialização e a conseqüente falta de mão-de-obra, bem como o aparecimento de deficientes ilustres, nomeadamente cegos, foi dado um grande impulso na sua educação, influenciando decisivamente os pioneiros da Educação Especial (Marques *et al.*, 2001). Nomeadamente, o matemático Nicholas Sanderson (1682-1739), professor de matemática na Universidade de Cambridge, o engenheiro civil John Metcalf (1717-1810) e Maria Teresa Von Paradis (1759-1824), cantora e pianista famosa (Pereira, 1984). Estes deficientes juntamente com Rousseau deram um novo significado na educação dos deficientes.

Em 1749, o português Jacob Rodrigues Pereira demonstrou na Academia das Ciências de Paris como se podia ensinar os surdos-mudos a falar e a ler (Pereira, 1984), método que foi melhorado mais tarde pelo *Abée de l'Epée*. Em 1784, foi fundada, em Paris, a primeira escola para cegos.

É o trabalho de Itard com Victor, o Selvagem de Avignon, que é apontado como o início da Educação Especial propriamente dita (Pereira, 1984). Depois do êxito de Itard, acreditava-se que a Educação Especial seria capaz de curar e tornar os cidadãos úteis e produtivos. Abrem-se novas escolas para cegos, surdos e débeis mentais. Nesta fase, não era obrigatória a educação dos deficientes.

Mais tarde, com a obrigatoriedade da educação para todos (Lei da Educação Obrigatória), é que a educação do deficiente começa a ser questionada (Marques *et al.*, 2001). Como refere Leitão (1980), com a implementação desta lei surge a necessidade de contemplar a educação dos deficientes com um sistema de serviços capaz de responder adequadamente às necessidades dos alunos com deficit menos acentuado e cujo principal *handicap* é a dificuldade ou incapacidade de acompanhar o ritmo normal de uma classe, especialmente no que respeita à leitura, escrita e cálculo.

Já nos finais do século XIX a Educação Especial caracterizava-se por um ensino ministrado em escolas especiais em regime de internato, específicas de cada deficiência (escolas que se destinavam ao atendimento de crianças e jovens deficientes visuais, auditivos, intelectuais, motores e autistas), embora existissem defensores do sistema integrado (apoio prestado a crianças e jovens com problemas educativos especiais inseridos a tempo total ou parcial em classes regulares, visando a sua integração escolar, familiar e social) e fossem aparecendo outras formas de atendimento como o semi-internato, a classe de aperfeiçoamento e a classe especial (classe que funciona no edifício de uma escola regular, mantendo-se os alunos nessa mesma classe durante todo o tempo lectivo).

(Marques *et al.*, 2001: 74-75)

Nesta fase apareceram as primeiras tentativas de explicação e classificação dos diferentes tipos de deficiência bem como os primeiros estudos científicos.

### Integração

A forma de pensar e ver a pessoa com deficiência na sociedade foi alvo de transformações, pelo que, a acompanhar a evolução sentida nos restantes domínios sociais, surge também o novo estatuto social da pessoa com deficiência. A superstição cede lugar à compaixão e tudo o que anteriormente não passava apenas de cuidados elementares para garantir a sobrevivência deste grupo específico da população transformou-se, no século XX, num grande movimento de apoio que originou um conjunto de normas e políticas educativas e reabilitativas a favor da integração destes indivíduos na sociedade.



Segundo Pereira (1984) foram vários os factores que contribuíram para uma mudança na filosofia da Educação Especial e Reabilitação e que também estiveram na causa deste novo período de integração das pessoas com deficiência. Assim, destacamos a I Grande Guerra e a depressão económica que então se fez sentir, pôs em causa o significado da diferença entre normal e deficiente, o papel da criança na sociedade culminou com a declaração dos direitos da Criança em 1921, as formas de prevenção das doenças e deficiências e as prioridades no domínio dos serviços de saúde e segurança social; as opiniões crescentes de que a segregação, nos planos educativo e social era anti-natural e indesejável, e, as escolas que em muitos casos passaram a ser um depósito para as crianças deficientes. Para além disso também foi preocupação tornar os deficientes produtivos e, por fim, a II Guerra Mundial que originou milhões de homens deficientes. Antes da guerra eram considerados indivíduos válidos e capazes, tornando-se, em muitos casos, heróis de guerra, sendo difícil aceitar a sua inutilidade social. A II Guerra Mundial deixou um rasto de destruição sendo necessária a ajuda de todas as pessoas na sua reconstrução. A lei *Disabled Persons Employment Act*, de 1944, é um exemplo disso.

A segunda metade do século XX caracterizou-se pelo desafio que o conceito de normalização trouxe à sociedade (Marques *et al.*, 2001; Pereira, 1984).

Wolfensberger definiu normalização como sendo a:

Utilização de meios tão adequados, quanto possível, para estabelecer ou manter comportamentos e características que são de natureza cultural.

(Wolfensberger, 1972; *Ap. Marques et al.*, 2001)

Enquanto para Mikkelsen,

Normalização não significa tornar normal o diferente, mas sim criar condições de vida semelhantes às dos outros elementos da sociedade.

(Mikkelsen, 1978; *Ap. Marques et al.*, 2001)

No entanto, a ideia principal contida no conceito de normalização já se encontrava subjacente, desde 1948, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, como podemos observar na figura 1:

### Figura 1. Excertos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948

Artigo 1.º: Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 3.º: Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 7.º: Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei. Todos têm direito a protecção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo 16.º: A partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade ou religião.

Artigo 17.º Toda a pessoa, individual ou colectivamente, tem direito à propriedade.

Artigo 22.º Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

Artigo 26.º: Toda a pessoa tem direito à educação. A educação deve ser gratuita, pelo menos a correspondente ao ensino elementar fundamental. O ensino elementar é obrigatório. O ensino técnico e profissional deve ser generalizado; o acesso aos estudos superiores deve estar aberto a todos em plena igualdade, em função do seu mérito.

Assim, deve ser proporcionada às pessoas com deficiência igualdade de oportunidades de forma a garantir a total participação na sociedade. Contudo, respeitando sempre a diferença que cada pessoa com deficiência possa apresentar.

No seguimento da Declaração Universal dos Direitos do Homem, adoptada pelas Nações Unidas e que proclama que todos os seres humanos, sem qualquer distinção, gozam de direitos iguais e inalienáveis de dignidade e de liberdade, surgem duas novas declarações para as pessoas com deficiência: a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais<sup>1</sup>, em 1971, e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes em 1975<sup>2</sup>, afirmando o direito das pessoa com deficiência à dignidade humana, tratamento médico, psicológico e funcional, à educação e todos os serviços que lhes permitam usufruir de uma integração na sociedade, tanto quanto possível igual aos outros cidadãos (v. Figura 2).

<sup>1</sup> Proclamada em Outubro de 1968 em Jerusalém e aprovada pela O. N. U. em 18 de Março de 1971.

<sup>2</sup> Resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75.

**Figura 2. Excertos da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, 1975**

3. As pessoas deficientes têm o direito inerente de respeito por sua dignidade humana. As pessoas deficientes, qualquer que seja a origem, natureza e gravidade de suas deficiências, têm os mesmos direitos fundamentais que seus concidadãos da mesma idade, o que implica, antes de tudo, o direito de desfrutar de uma vida decente, tão normal e plena quanto possível.
6. As pessoas deficientes têm direito a tratamento médico, psicológico e funcional, incluindo-se aí aparelhos protéticos e ortóticos, à reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional e reabilitação, assistência, aconselhamento, serviços de colocação e outros serviços que lhes possibilitem o máximo desenvolvimento de sua capacidade e habilidades e que acelerem o processo de sua integração social.

Relativamente à escolarização das crianças com deficiência, existiu uma integração no sistema regular de ensino, especialmente nos países europeus nórdicos. Os países que aderiram a este movimento colocaram as suas crianças e jovens com deficiência nas classes regulares, acompanhados por professores de ensino especial, previamente formados para isso.

Este movimento evolui e afirma-se com sucessivos trabalhos científicos e legislativos, entre os quais se destaca o *Warnock Report* (1978) que introduziu o conceito de *special educational needs*<sup>3</sup>, substituindo a categorização médica das crianças e jovens com deficiência. É com o *Education Act* (1981) que este conceito vai ser oficialmente definido, em Inglaterra.

Portugal iniciou a integração escolar no início da década de 70, contudo regulamenta as equipas de Educação especial, em 1988, para os professores de Educação Especial (Despacho Conjunto 36/SEAM/SERE, de 17/08) e o regime educativo especial para os alunos com Necessidades Educativas Especiais (Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto<sup>4</sup>), duas medidas importantes para a definição da política educativa, nesta área.

Na fase de integração existiu uma aposta no desporto para deficientes passando desde a reabilitação até à competição:

---

<sup>3</sup> A tradução do termo *special educational needs* não tem sido consensual; uns traduzem por necessidades educativas especiais, como é o caso da tradução portuguesa da Declaração de Salamanca (1994), outros por necessidades educativas específicas.

<sup>4</sup> Foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro.

Tentando melhorar as suas performances, o deficiente aprende, em competição consigo próprio, a ultrapassar a fadiga que caracteriza a primeira fase de readaptação. O autocontrolo, o respeito por si próprio, o espírito de competição e de camaradagem podem também ser desenvolvidos através do desporto, sendo estes factores de importância capital para a integração ou reintegração do deficiente na sociedade.

(Pereira, 1984:135)

A integração dos deficientes no desporto vem presente na Carta Europeia do Desporto para Todos: as Pessoas Deficientes:

No desporto como noutros sectores da sociedade, a integração das pessoas deficientes e das pessoas válidas é essencial. Neste contexto, a palavra integração não significa contudo que se peçam às pessoas deficientes as mesmas performances que às pessoas válidas em desportos onde a sua enfermidade limita em demasia as suas aptidões funcionais. Tal tipo de incapacidade poderá obrigar uma pessoa deficiente a participar em competições reservadas às pessoas deficientes em certos desportos, mas não o impedirá de concorrer ao lado de pessoas válidas noutras... O objectivo fundamental da integração é fazer de maneira que as pessoas deficientes e válidas possam dispor dum leque de possibilidades apropriadas às suas capacidades.

(Conselho da Europa, 1988:22/23)

É ainda discutível que o desporto tem sido, talvez, o meio mais importante para a sensibilização e integração da pessoa com deficiência na sociedade. As manifestações desportivas promovem a interacção da população com deficiência na sociedade com os seus actores, sensibilizando a população para o desporto adaptado, tanto para os praticantes como para o público (Moura e Castro, 1996).

Em suma, o deficiente deve ter direito à educação, ao desporto e ao trabalho. E para isso, devem ser criadas condições para que tal aconteça.

## Inclusão<sup>5</sup>

Por último, podemos acrescentar o período da inclusão, que representa uma revisão do conceito de integração.

O percurso até à inclusão passou por um conjunto de decisões e medidas tomadas no seio de organizações e agências internacionais, como a ONU (Organização das Nações Unidas) e a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), que tiveram extraordinária importância na introdução progressiva de políticas sociais favoráveis à sua implementação. De referir, neste sentido, a Declaração Mundial sobre Educação para Todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990<sup>6</sup>; e, em particular, a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, em 1994, organizada pelo governo de Espanha em cooperação com a UNESCO, que decorreu em Salamanca e deu origem à Declaração de Salamanca<sup>7</sup>; a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Social, que decorreu em Copenhaga, em 1995; a Carta do Luxemburgo (1996) com a proclamação europeia do princípio da não-discriminação, consagrada também no artigo 13 do Tratado de Amesterdão (1997); o Fórum Mundial de Educação que teve lugar em Dakar, em 2000<sup>8</sup>; a Declaração de Madrid<sup>9</sup>, em 2002, na

---

<sup>5</sup> A inclusão é um conceito consagrado na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, em Salamanca, em Junho de 1994.

<sup>6</sup> De acordo com este documento, a escola regular constitui o meio mais eficaz para combater atitudes discriminatórias, evitar o desajustamento dos alunos à situação escolar, o desajustamento específico à situação pedagógica e o desajustamento à personalidade do professor.

<sup>7</sup> A Declaração de Salamanca foi assinada por representantes de 92 países, incluindo Portugal e 25 organizações internacionais, que acordaram nos princípios fundamentais da escola e da educação inclusivas. Situa os direitos das crianças e dos jovens com Necessidades Educativas Especiais no contexto mais lato dos direitos da criança e do homem, fazendo referência à Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), à Convenção relativa aos Direitos da Criança (1989), à Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990) e às Normas das Nações Unidas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (1993). De acordo com a Declaração de Salamanca, as diferenças humanas são normais, pelo que não devem ser os alunos a adaptar-se ao ensino, mas o ensino a adaptar-se às suas necessidades.

<sup>8</sup> Neste Fórum, foi acordado que todas as pessoas têm o direito de beneficiar de uma educação que satisfaça as suas necessidades básicas de aprendizagem, aprender e assimilar conhecimentos, aprender a fazer, a conviver e a ser, uma educação que tenha como objectivo principal o desenvolvimento dos seus talentos, das suas capacidades e da sua personalidade, tendo em vista a melhoria da sua vida.

<sup>9</sup> A Declaração de Madrid enfoca a necessidade de igualdade de oportunidades e de acesso de todas as pessoas, relativamente aos recursos da sociedade, tais como a educação inclusiva, as novas tecnologias, a saúde e os serviços sociais, o desporto, actividades de lazer, bens e serviços de defesa dos consumidores.

sequência do Ano Europeu das Pessoas com Deficiência; e, mais recentemente, a Declaração de Lisboa<sup>10</sup>, em 2007. O movimento a favor da inclusão foi fortemente impulsionado pela Declaração de Salamanca, que já nos referimos anteriormente. Defende que:

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

(Declaração de Salamanca, 1994: 11-12)

Assim, vemos que, segundo a Declaração de Salamanca, a escola regular deve ajustar-se a todas as crianças independentemente da sua condição ou diferença que possa apresentar. Se a inclusão for posta em prática, as crianças com deficiência começarão a aprender com outras crianças sem deficiência da mesma idade abrindo-lhes um caminho a novas aprendizagens, novas amizades e a uma socialização conjunta com o resto da comunidade escolar, onde se incluem outras crianças sem deficiência. Sucedendo igualmente para as crianças sem deficiência, pois permite-lhes respeitar e a aceitar a diferença desde muito cedo.

Uma das ideias chave da escola inclusiva é justamente que a escola deve ser para todos (Rodrigues, 2001; Correia, 2001; Warwick, 2001), independentemente do seu sexo, cor, origem, religião, condição física, social ou intelectual. Para César:

---

<sup>10</sup> Esta Declaração decorreu da audição parlamentar “*Young Voices: Meeting Diversity in Education*”, no quadro da presidência portuguesa da União Europeia, que a organizou com a Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Especiais de Educação. De acordo com o grupo de jovens que participaram na Cimeira: “Compete-nos construir o nosso futuro. Temos de remover barreiras dentro de nós e dos outros. Temos de crescer para além da nossa deficiência – então o mundo aceitar-nos-á melhor”.

Escola inclusiva é uma escola onde se celebra a diversidade, encarando-a como uma riqueza e não como algo a evitar, em que as complementaridades das características de cada um permitem avançar, em vez de serem vistas como ameaçadoras, como um perigo que põe em risco a nossa própria integridade, apenas porque ela é culturalmente diversa da do outro, que temos como parceiro social.

(César, 2003: 119)

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

No entendimento de Rodrigues (1995) a escola inclusiva é uma escola multicultural, portanto diversificada, onde se proporciona e oferece múltiplas respostas. Uma escola onde a diferença se traduz em riqueza, em oportunidade de aprendizagem, de forma a demonstrar que por sermos mais diferentes somos mais humanos.

Assim, uma escola inclusiva é sinónimo de diversidade e multiplicidade, sendo ambos factores enriquecedores. Por conseguinte, todos os alunos deverão aprender juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que possam apresentar.

No quadro 1 podemos observar as vantagens da inclusão escolar para os alunos com e sem deficiência, bem como para os profissionais da educação e para a comunidade.

**Quadro 1. Vantagens da Inclusão (adaptado de Correia, 2003)**

<b>Vantagens da Inclusão</b>	
<b>Para o aluno com Necessidades Educativas Especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar aprendizagens similares</li><li>• Adequar sociais adequadas</li><li>• Promover o desenvolvimento global e um espírito de pertença</li><li>• Participar em todos os aspectos da vida escolar</li></ul>
<b>Para o aluno sem Necessidades Educativas Especiais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perceber a existência de diferenças, que devem ser aceites e respeitadas</li><li>• Ter um papel independentemente das diferenças</li></ul>
<b>Para os profissionais da educação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ter oportunidade para trabalhar com outros profissionais</li><li>• Partilhar de estratégias de ensino</li><li>• Monitorizar melhor os progressos dos alunos</li><li>• Combater os problemas de comportamento</li><li>• Aumentar a comunicação entre os profissionais da educação</li></ul>
<b>Para a comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Envolver a comunidade de uma forma diferenciada e convergente, de forma a auxiliarem os alunos a atingir um sucesso escolar satisfatório</li><li>• Tornar a escola numa “comunidade de apoio”, onde todos os alunos se sentem valorizados, apoiados de acordo com as suas necessidades e preenchidos ética e moralmente</li></ul>

Para que a inclusão seja plena, é necessário que todas as disciplinas que fazem parte do currículo escolar se adequem à criança com deficiência. Também a disciplina de Educação Física não pode ficar indiferente ao movimento da inclusão.

Fazendo parte integrante do currículo oferecido pela escola, esta disciplina pode-se constituir como um adjuvante ou um obstáculo adicional a que a escola seja (ou se torne) mais inclusiva.

(Rodrigues, 2003:4)

A inclusão de estudantes com deficiência nas turmas regulares de Educação Física é uma tendência rápida e crescente (DePauw & Doll-Tepper, 2000). Em anos anteriores, a inclusão foi definida como colocar alunos nas turmas regulares com alunos sem deficiência com a mesma idade, na sua área de residência, apenas um ou dois alunos com deficiência por turma e usufruir de ajuda suplementar quando necessário (Block, 2000; *Ap. Place & Hodge, 2001*). Recentemente, DePauw & Doll-Tepper (2000) arguíram que a inclusão deveria ser considerada uma política de aproximação de



implementação de justiça social nas nossas escolas e na nossa sociedade, para que todas as pessoas sejam valorizadas como únicas, contribuindo como membros de uma sociedade inclusiva.

O contexto educacional inclusivo significa ter benefícios de atitude, sociais, educacionais e comportamentais (Sherrill *et al.*, 1994; *Ap. Seymour, et al.*, 2009). A extensão da natureza das interações sociais entre alunos com e sem deficiência têm sido investigadas na Educação Física. Têm sido descritas experiências sociais positivas e negativas. Blinde & McCallister (1998; *Ap. Seymour, et al.*, 2009) concluíram que alguns alunos com deficiência sentiam-se indesejados na Educação Física, enquanto Goodwin & Watkinson (2000) descreveram interações positivas com os colegas de turma em algumas ocasiões, bem como isolamento social noutras vezes. Outros autores concluíram que os alunos com deficiência estavam frequentemente isolados socialmente (Place & Hodge, 2001), mas quando aconteciam algumas interações sociais com os colegas, estas eram agradáveis, amigáveis e respeitadas (Butler & Hodge, 2004). Para além disso, pode funcionar sem afectar negativamente os pares sem deficiência (Faison-Hodge & Porretta, 2004; Obrusníková *et al.*, 2003). O sucesso da inclusão aumenta quando existem vários factores, tais como, suporte, recursos humanos, treino e atitudes positivas (O'Brien *et al.*, 2009).

Numa revisão da literatura realizada por Block & Obrusníková (2007) foi concluído que existem numerosos resultados positivos na inclusão de alunos com deficiência na Educação Física baseados em várias pesquisas realizadas desde 1995 a 2005. Os resultados mostraram que os alunos com deficiência: (a) podem ser incluídos com sucesso na Educação Física quando existe suporte apropriado, (b) não têm efeitos negativos para os seus pares sem deficiência, (c) têm tendência para ter atitudes moderadamente positivas para os pares com deficiência.

Podemos concluir que a inclusão representa uma revisão do conceito de integração e coloca a ênfase na aceitação da diferença e não na acentuação e discriminação pela diferença (Marques *et al.*, 2001) e, quando a inclusão realmente ocorre no contexto educacional, pode trazer benefícios para todas as pessoas envolvidas no processo educacional.

Portugal aprovou a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência em 2009. Nesta Convenção vemos presente a inclusão, pois nela são realçados os direitos

das pessoas com deficiência, onde se inclui a igualdade de direitos a viver e a ser incluída na participação na comunidade, onde a pessoa com deficiência tem direito a escolher o seu local de residência, com quem vive, bem como o direito de acesso a todos os serviços presentes na comunidade (v. Figura 3).

**Figura 3. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 19.º (Direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade)**

Os Estados Partes na presente Convenção reconhecem o igual direito de direitos de todas as pessoas com deficiência a viverem na comunidade, com escolhas iguais às demais e tomam medidas eficazes e apropriadas para facilitar o pleno gozo, por parte das pessoas com deficiência, do seu direito e a sua total inclusão e participação na comunidade, assegurando nomeadamente que:

- a) As pessoas com deficiência têm a oportunidade de escolher o seu local de residência e onde e com quem vivem em condições de igualdade com as demais e não são obrigadas a viver num determinado ambiente de vida;
- b) As pessoas com deficiência têm acesso a uma variedade de serviços domiciliários, residenciais e outros serviços de apoio da comunidade, incluindo a assistência pessoal necessária para apoiar a vida e inclusão na comunidade a prevenir o isolamento ou segregação da comunidade;
- c) Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral são disponibilizados, em condições de igualdade, às pessoas com deficiência e que estejam adaptados às suas necessidades.

Segundo Kasser & Lytle a inclusão é:

A philosophy that asserts all individuals, regardless of ability, should participate within the same environment with necessary support and individualized attention. Inclusion is more than simply placing individuals together – it's a belief that all individuals belong and are valued.

(Kasser & Lytle, 2005: 5)

As pessoas com deficiência devem participar no mesmo ambiente, mas com o suporte necessário e com uma atenção individualizada, pois as pessoas com deficiência apresentam diferentes exigências na sua inclusão, dependendo do seu tipo de deficiência. Para além disso, a inclusão é a crença de que todas as pessoas pertencem e são valorizados em conjunto.

A inclusão social consiste em tornar a sociedade num lugar viável para a convivência entre todas as pessoas, independentemente da sua condição, bem como na realização dos seus direitos, necessidades, potencialidades. É necessário aceitar a diferença, valorizando a diversidade humana, e aplicarmos o direito que todos nós temos de pertencer a uma sociedade.

### **1.1.2. Quadro Conceptual da Deficiência**

Como vimos anteriormente, as pessoas com deficiência passaram por vários períodos distintos ao longo da história. Como tal, é normal que também o conceito ou definição de deficiência tenha sofrido variações ao longo do tempo. Que muito provavelmente, continuará a sofrer variações na perspectiva de uma definição comum, desprovida de qualquer preconceito ou discriminação e capaz de caracterizar a pessoa com deficiência.

Assim, encontramos, tanto na literatura nacional como internacional, várias tentativas de definição da deficiência, podendo em alguns casos ser mais generalistas e noutros revelar uma grande conhecimento nesta matéria, não conseguimos encontrar é uma única definição de deficiência, adoptada por todos os países e por todas as pessoas. Assim, surgiram dificuldades que se prendem com a descrição da deficiência que muitas vezes pode originar uma linguagem discriminatória. Para além disso, a sociedade e a cultura também desempenham um papel importante na sua definição e como é do conhecimento comum, a sociedade e cultura estão em constante evolução.

Para definir deficiência é necessária uma mudança de atitudes face à diferença, respeitando a individualidade de cada pessoa.

Em 1975, na Declaração dos Direitos dos Deficientes<sup>11</sup> surge uma definição para o termo pessoa com deficiência. Assim:

O termo "pessoa com deficiência" é aplicável a qualquer pessoa que não possa por si só responder, total ou parcialmente à exigência da vida corrente, individual e/ou colectiva, por motivo de qualquer insuficiência, congénita ou adquirida, das suas capacidades físicas ou mentais.

(Declaração dos Direitos dos Deficientes, 1975)

---

<sup>11</sup> Resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 9 de Dezembro de 1975.

A IX Assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1976, propôs um novo conceito de deficiência, a *Internacional Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease* (ICIDH), que incorpora a perspectiva do modelo social, sendo a sua tradução - *A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens - um manual de classificação das consequências das doenças* (CIDID), publicada no nosso país em 1989. Este sistema de classificação de deficiência visa a criação de uma linguagem comum.

A CIDID utiliza uma categorização tripartida da deficiência, incapacidade e desvantagem.

No domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica... A deficiência caracteriza-se por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e inclui a existência ou o aparecimento de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou outra estrutura do corpo, ou um defeito de um sistema funcional ou mecanismo do corpo, incluindo o próprio sistema do funcionamento mental.

(OMS, 1989: 35)

No domínio da saúde, incapacidade corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade para exercer uma actividade de forma, ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano... A incapacidade representa um desvio da norma em termos de actuação global do indivíduo e não um desvio do órgão ou do mecanismo. Estas alterações podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis e progressivas ou regressivas.

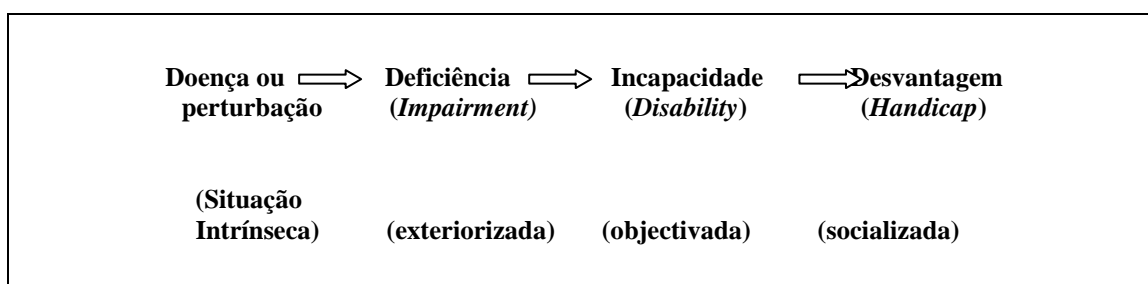
(OMS, 1989: 36)

No domínio da saúde, desvantagem (handicap) representa um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais... A desvantagem (handicap) caracteriza-se por uma discordância entre o desempenho ou o estatuto do indivíduo e as expectativas que o grupo concreto, a que ele pertence, formula. A situação de desvantagem social cresce quando aumenta a incapacidade do indivíduo se adaptar às normas do seu mundo. A desvantagem (handicap) é pois um fenómeno social que expressa as consequências sociais e ambientais resultantes das deficiências e incapacidades que atingem o indivíduo.

(OMS, 1989: 37/38)

A CIDID definiu a incapacidade no contexto de um modelo linear que a coloca numa sequência de níveis de experiência de saúde derivados de um estado patológico ou de uma doença (v. Quadro 2). Dessa forma, uma modificação patológica, não necessariamente observável ou perceptível, pode comportar um dano da estrutura ou da função corporal. Embora este modelo sugira, ao longo de toda a sequência uma progressão linear, a situação é muito mais complexa. A desvantagem pode resultar da deficiência sem passar pelo estado de incapacidade.

**Quadro 2. Modelo linear da CIDID (OMS, 1989: 38)**



Na CIDID evitou-se utilizar a mesma palavra para designar as deficiências, incapacidades e desvantagens. Assim, para uma deficiência foi adoptado um adjectivo ou substantivo, para uma incapacidade, um verbo o infinitivo e para uma desvantagem, um dos papéis de sobrevivência no meio físico e social (v. Quadro 3).

**Quadro 3. Distinção semântica entre os conceitos.**

<b>Deficiência</b>	<b>Incapacidade</b>	<b>Desvantagem (handicap)</b>
- Da linguagem	Da fala	Na orientação
- Da audição	Em ouvir	
- Da visão	Em ver	Na independência física Na mobilidade
- Músculo-esquelética	Em se arranjar	
	Em se alimentar	
	Em andar	Na integração social
- Psicológica	No comportamento	

(OMS, 1989: 42)

Para além da OMS também existem outras pessoas preocupadas com a definição da deficiência, como é o caso de Potter, para quem:

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

(Potter, 1987: 3)

Na perspectiva de Kirk & Gallagher (1979), a criança deficiente é uma criança que se desvia da média ou da criança normal em características mentais, aptidões sensoriais, características corporais ou neuromusculares, comportamento emocional e social, aptidões de comunicação e múltiplas deficiências. Até ao ponto de justificar e requerer modificação das práticas educacionais ou a criação de serviços de Educação Especial, no sentido de desenvolver ao máximo as suas capacidades.

Em Portugal, a 2 de Maio de 1989, é estabelecida na Assembleia da República a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, com o objectivo de garantir os direitos presentes na Constituição da República, que define pessoa com deficiência (v. Figura 4).

**Figura 4. Excerto da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência**

Artigo 1.º - A presente lei visa promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência.

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

Lei n.º 9/89, de 2 de Maio

Perante este quadro conceptual, concordamos que existe uma diversidade de situações de natureza física, psíquica, sensorial, comportamental, entre outros, que caracterizam o grupo das pessoas com deficiência. Esta mesma heterogeneidade, qualquer que seja a sua causa, origina necessidades nesses indivíduos, que reflectem as consequências das deficiências em termos de desempenho e de actividade funcional (Pólvora, 1989). O autor afirma, ainda, que tais deficiências e incapacidades influenciam a adaptação do indivíduo e a sua interacção com o meio, que traduz efectivamente a desvantagem (*handicap*) que sobressai do âmbito individual para se situar claramente no campo social.

De igual importância consideramos a definição presente na Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência<sup>12</sup> (Artigo 2.º):

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

Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto

<sup>12</sup> A Lei n.º38/2004, de 18 de Agosto revogou a Lei n.º 9/89, de 2 de Maio (Lei de Bases da Prevenção e Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência).

Assim, esta Lei de Bases apresenta como objectivos (Artigo 3.º):

- a) Promoção da igualdade de oportunidades, no sentido de que a pessoa com deficiência disponha de condições que permitam a plena participação na sociedade;
- b) Promoção de oportunidades de educação, formação e trabalho ao longo da vida;
- c) Promoção do acesso a serviços de apoio;
- d) Promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência.

Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto

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

Como referimos anteriormente, a CIDID, publicada em 1989, apresentou uma categorização tripartida da deficiência, incapacidade e desvantagem. Contudo esta classificação gerou críticas e polémica principalmente pelo conceito de desvantagem e passou por um processo de revisão promovido pela própria OMS (2004), que culminou na publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a CIF.

Segundo Farias & Buchalla (2005), a CIF introduz um novo paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, tendo em conta que estas não resultam directamente das condições de saúde, mas são determinadas também pelo contexto (ambiente físico e social), pelas diferentes percepções culturais e atitudes com relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de políticas públicas.

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. Utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências. Nas classificações internacionais da OMS, os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão), que fornece uma estrutura de base etiológica, através de diagnósticos, de doenças, distúrbios e outras



condições de saúde. Em contraste, a CIF classifica funcionalidade e incapacidade associadas a estados de saúde. Portanto, CID-10 e CIF são complementares e os usuários são encorajados a usá-las em conjunto para criar um quadro mais amplo e significativo da experiência de saúde dos indivíduos e populações. A informação sobre mortalidade (fornecida pela CID-10) e a informação sobre a saúde e evoluções relacionadas com a saúde (fornecida pela CIF) podem ser combinadas em medidas-resumo de saúde da população. Em suma, a CID-10 é principalmente usada para classificar causas de morte, mas a CIF classifica saúde.

Com a adoção da CIF passamos de uma classificação assente na “consequência das doenças” (versão de 1980) para uma classificação assente em “componentes da saúde” (CIF), mais próxima da consolidação e operacionalização de um novo quadro conceptual da funcionalidade, da incapacidade humana e da saúde (OMS, 2004).

Ultrapassara-se, ainda, a conotação da anterior classificação (CIDID) com o “modelo biomédico”, acompanhando a evolução conceptual, científica e social, relacionada com as questões da deficiência e da incapacidade. Com efeito, as críticas mais frequentemente apontadas à CIDID, baseiam-se no facto de estabelecer uma relação causal e *unidireccional* entre deficiência - incapacidade - desvantagem; centrar-se nas *limitações “dentro” da pessoa e apenas nos seus* aspectos negativos; não contemplar o papel determinante dos factores ambientais e sociais (OMS, 2004).

Para além disso, a CIDID era difícil de utilizar. Foi considerado necessário dispor de uma versão cuja utilização fosse mais simples: a revisão devia ser orientada no sentido da simplificação e não no sentido do aumento dos detalhes.

A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a várias disciplinas e diferentes sectores.

Os seus objectivos específicos podem ser resumidos da seguinte maneira:

- Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde;
- Estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades;
- Permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

(OMS, 2004: 9)

A CIF permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e serve como enquadramento para organizar esta informação. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada e facilmente acessível.

É importante notar que nesta classificação, as pessoas não são as unidades de classificação, isto é, a CIF não classifica pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde. Além disso, a descrição é sempre feita dentro do contexto dos factores ambientais e pessoais.

(OMS, 2004: 12)

A CIF (2004) apresenta um quadro geral de definições das suas componentes. (v. Quadro 4). A versão da CIDID apresentava um significado específico para a deficiência, a desvantagem e a incapacidade, como vimos anteriormente. Durante o processo de revisão, o termo “desvantagem” foi abandonado e o termo "incapacidade" foi utilizado para abranger todas as três perspectivas – corporal, individual e social.

#### Quadro 4. Definições dos vários componentes da CIF

No contexto de saúde:

**Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

**Estruturas do corpo** são as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

**Deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

**Actividade** é a execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo.

**Participação** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

**Limitações da actividade** são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de actividades.

**Restrições na participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

**Factores ambientais** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

CIF, 2004: 13

O quadro 5 apresenta uma visão geral desses conceitos. Como está indicado no quadro, a CIF tem duas partes, cada uma com dois componentes:

##### Parte 1. Funcionalidade e Incapacidade

- (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo
- (b) Actividades e Participação

##### Parte 2. Factores Contextuais

- (c) Factores Ambientais
- (d) Factores Pessoais

**Quadro 5. Visão geral da CIF**

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

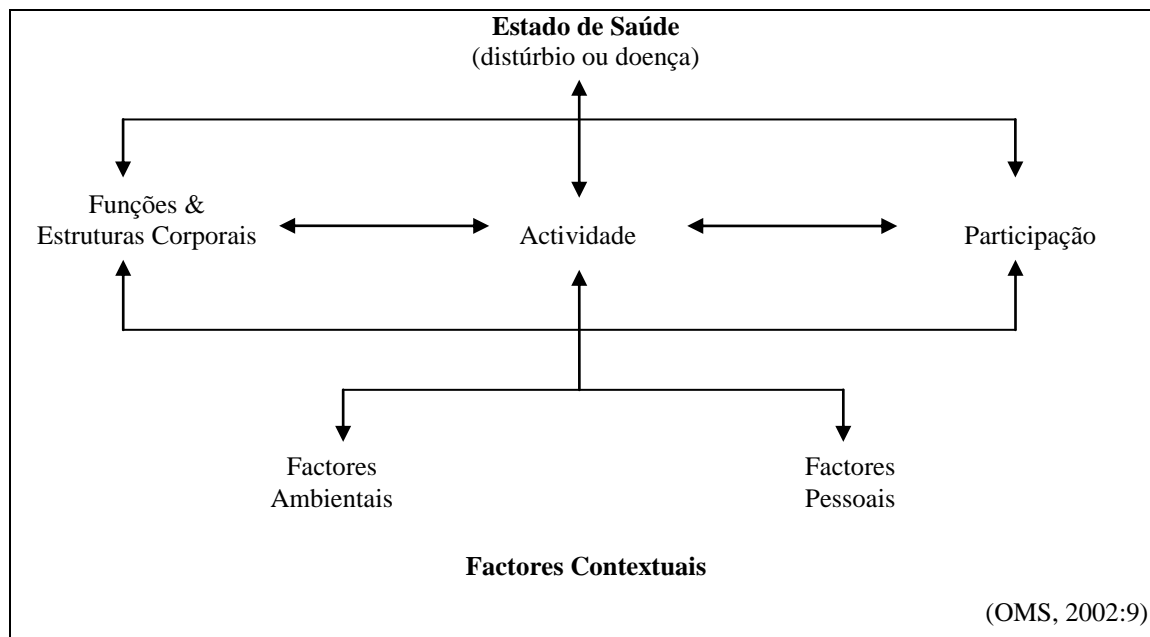
(CIF, 2004: 14)

Como classificação, a CIF não estabelece um modelo de "processo" de funcionalidade e incapacidade. No entanto, ela pode ser utilizada para descrever o processo, fornecendo os meios para a descrição dos diferentes constructos e domínios. Ela permite, como processo interactivo e evolutivo, fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade. O diagrama apresentado na figura 5 pode ser útil para visualizar a compreensão actual da interacção dos vários componentes. Este diagrama é uma representação do modelo de incapacidade que é a base para a CIF.

Como o diagrama indica, na CIF a incapacidade e a funcionalidade são vistas como resultados de interacções entre *estados de saúde* (doenças ou distúrbios) e *factores contextuais*.

Entre os factores contextuais estão os *factores ambientais* externos (por exemplo, atitudes sociais, características arquitectónicas, estruturas legais e sociais, bem como clima, terreno, e assim por diante); e os *factores pessoais* internos, que incluem género, idade, estilo de vida, condição social, educação, profissão, experiências passadas e presentes, padrão de comportamento geral, carácter e outros factores que influenciam a maneira como a incapacidade é experimentada pelo indivíduo.

**Figura 5. Interações entre os componentes da CIF**



### **1.1.3. Enquadramento Legal Desportivo para Pessoas com Deficiência**

Numa análise retrospectiva da história da pessoa com deficiência, verificamos que a trajetória acompanha a evolução histórica dos direitos humanos. Estas discussões em que a pessoa com deficiência foi tida como uma pessoa distinta das restantes ou das pessoas “ditas normais” e à margem dos grupos sociais, já duram há séculos. Contudo, esta mentalidade foi mudando quando o Homem começou a preocupar-se com a igualdade de oportunidades na participação na sociedade. Para além disso, os direitos das pessoas com deficiência ao desporto e à prática desportiva têm sido objecto de grande atenção por parte das Nações Unidas e de outras organizações internacionais há já muitas décadas. Um marco muito importante foi o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (1981) com a criação do Programa Mundial de Acção relativo às Pessoas Deficientes<sup>13</sup>. Este Programa é uma estratégia global para alcançar a prevenção e reabilitação da deficiência e igualdade de oportunidades das pessoas com deficiência na melhoria das condições de vida resultantes do desenvolvimento social e económico.

Assim, hoje existe uma preocupação em atender às crescentes exigências de uma sociedade para que esta se torne mais justa e solidária.

<sup>13</sup> Foi aprovado pela Assembleia Geral a 3 de Dezembro de 1982, na sua resolução 37/52.

Para uma melhor compreensão do enquadramento legal desportivo para as pessoas com deficiência dividimos este subcapítulo em três partes, sendo que o primeiro analisa a Constituição da República Portuguesa, no que se refere ao âmbito do desporto e da actividade física para populações com deficiência; o segundo as Leis, Decretos-lei e, Portarias e Despachos; e, por fim, serão analisados documentos internacionais no âmbito do acesso à prática desportiva da pessoa com deficiência.

### Constituição da República Portuguesa<sup>14</sup>

Na Constituição da República Portuguesa estão consagrados os direitos do povo Português. O artigo 13.º consiste no Princípio da Igualdade. Segundo este artigo, verificamos a importância de considerar todos os cidadãos em plena igualdade, independentemente de todas as diferenças que cada população ou minoria possa apresentar, como podemos verificar na figura 6:

#### **Figura 6. Excertos da Constituição da República Portuguesa, Artigo 13.º (Princípio da Igualdade)**

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Relativamente à actividade física e ao desporto, a Constituição da República Portuguesa consagra o direito à prática desportiva, pois segundo o artigo 79.º “Todos têm direito à cultura física e ao desporto”. Para além disso ainda acrescenta que “Incumbe ao Estado, em colaboração com as escolas e as associações e colectividades desportivas, promover, estimular, orientar e apoiar a prática e a difusão da cultura física e do desporto, bem como prevenir a violência no desporto”.

O artigo 71.º da Constituição da República Portuguesa contempla as pessoas com deficiência (v. Figura 7).

---

<sup>14</sup> A Constituição da República Portuguesa foi aprovada e decretada pela Assembleia Constituinte a 2 de Abril de 1976.

**Figura 7. Excertos da Constituição da República Portuguesa, Artigo 71.º (Cidadãos portadores de deficiência)**

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

Segundo este quadro, torna-se legítimo representarmos as pessoas com deficiência como cidadãos aos quais devem ser reconhecidos uma dignidade social e igualdade perante a lei.

Leis, Decretos-lei, Portarias e Despachos

**Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência – Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto<sup>15</sup>**

Constituem objectivos da presente lei a realização de uma política global, integrada e transversal de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, através, nomeadamente, da:

- a) Promoção da igualdade de oportunidades, no sentido de que a pessoa com deficiência disponha de condições que permitam a plena participação na sociedade;
- b) Promoção de oportunidades de educação, formação e trabalho ao longo da vida;
- c) Promoção do acesso a serviços de apoio;
- d) Promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência.

(A Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto)

---

<sup>15</sup> A Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto revogou a Lei n.º 9/89, de 2 de Maio - Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

A presente Lei apresenta como princípios fundamentais: o princípio da singularidade em que fala da importância de tratar a pessoa com deficiência de acordo com as suas necessidades e sobretudo tratar as pessoas com deficiência de forma diferenciada, assim “à pessoa com deficiência é reconhecida a singularidade, devendo a sua abordagem ser feita de forma diferenciada, tendo em consideração as circunstâncias pessoais” (Artigo 4.º); princípio da cidadania (Artigo 5.º) que assegura o direito ao acesso a todos os bens e serviços, bem como o dever desempenhar um papel activo; o princípio da não-discriminação (Artigo 6.º), que visa o benefício de medidas que permitam combater a desigualdade na vida social; o princípio da autonomia (Artigo 7.º), em que a pessoa com deficiência tem o direito de decisão pessoal na sua vida; o princípio da informação (Artigo 8.º), em que visa o direito da pessoa com deficiência de ser informada sobre os seus direitos e deveres; o princípio da participação em que “a pessoa com deficiência tem o direito e dever de participar no planeamento, desenvolvimento e acompanhamento da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência” (Artigo 9.º); o princípio da globalidade em que “a pessoa com deficiência tem direito aos bens e serviços necessários ao seu desenvolvimento ao longo da vida” (Artigo 10.º); o princípio da qualidade, em que “a pessoa com deficiência tem o direito à qualidade dos bens e serviços de prevenção, habilitação e reabilitação, atendendo à evolução da técnica e às necessidades pessoais e sociais” (Artigo 11.º); princípio do primado da responsabilidade pública, em que “ao Estado compete criar as condições para a execução de uma política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência” (Artigo 12.º); princípio da transversalidade (Artigo 13.º), em que a participação da pessoa com deficiência na sociedade deve ter um carácter pluridisciplinar e ser desenvolvida de forma coerente; o princípio da cooperação (Artigo 14.º), em que o Estado e entidades públicas e privadas devem cooperar entre si; e o princípio da solidariedade, em que “todos os cidadãos devem contribuir para a prossecução da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência” (Artigo 15.º).

Observando o artigo 38.º da presente lei, sob a epígrafe Direito à prática do desporto e de tempos livres constatamos que “compete ao Estado adoptar medidas específicas necessárias para assegurar o acesso da pessoa com deficiência à prática do desporto e à fruição dos tempos livres, mediante, nomeadamente, a criação de estruturas adequadas e formas de apoio social”.



Podemos concluir que a Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência reconhece a esta população o direito de oportunidade à prática desportiva como forma de autonomia pessoal e de inclusão social, contribuindo para o seu bem-estar pessoal e desenvolvimento das capacidades de interação social. Para além disso, preocupa-se com a acessibilidade e mobilidade na medida em que visa a eliminação de barreiras físicas que dificultam a autonomia e participação plena na vida social.

### **Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto<sup>16</sup>**

A Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto é uma lei de extrema importância no sistema desportivo na medida em que promulga o direito ao desporto a todos os cidadãos, independentemente da sua raça, sexo, origem étnica, religião ou crença, deficiência, idade ou orientação sexual como factor de formação plena do ser humano (v. Figura 8).

#### **Figura 8. Excertos da Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro**

**Artigo 1.º (Objecto):**

A presente lei define as bases das políticas de desenvolvimento da actividade física e do desporto.

**Artigo 2.º (Princípios da universalidade e da igualdade)**

1 - Todos têm direito à actividade física e desportiva, independentemente da sua ascendência, sexo, raça, etnia, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

**Artigo 29.º (Pessoas com deficiência):**

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

Em suma, a Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto é uma lei bastante completa que promulga um conjunto de direitos desportivos para cada cidadão, independentemente da sua condição ou característica. Assim, vemos contemplado o

---

<sup>16</sup> A Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto (Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro) revogou a Lei n.º 30/2004, de 21 de Julho – Lei de Bases do Desporto.

direito ao desporto, no acesso e generalização da prática desportiva, bem como na igualdade de oportunidades a todas as pessoas independentemente das diferenças que possam apresentar umas das outras, não sendo possível a sua discriminação.

### **Lei n.º 127/99, de 20 de Agosto, alterada pela Lei n.º 37/2004, de 13 de Agosto – Lei das Associações de Pessoas Portadoras de Deficiência**

A Lei das Associações de Pessoas Portadoras de Deficiência “define os direitos de participação e de intervenção das associações de pessoas portadoras de deficiência, adiante designadas «associações», junto da administração central, regional e local, tendo por finalidade a eliminação de todas as formas de discriminação e a promoção da igualdade entre pessoas portadoras de deficiência e os restantes cidadãos” (Artigo 1.º).

Na figura 9 podemos observar a natureza e fins da presente lei.

#### **Figura 9. Excertos da Lei 127/99, de 20 de Agosto, Artigo 2.º**

1. As associações são instituições sem fins lucrativos constituídas nos termos da lei geral, dotadas de personalidade jurídica, de âmbito nacional, regional ou local, e que prosseguem os seguintes fins:
  - a) A defesa e promoção dos direitos e interesses das pessoas portadoras de deficiência, em ordem à integração social e familiar dos seus membros, à respectiva valorização e realização pessoal, cívica e profissional;
  - b) A eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência;
  - c) A promoção da efectiva igualdade de tratamento entre as pessoas portadoras de deficiência e os demais cidadãos.
2. Para efeitos da presente lei, equiparam-se às associações as uniões e federações por elas criadas.

### **Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto**

#### **Decreto-lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro**

A discriminação é um dos maiores problemas que pode surgir com as pessoas com deficiência na sociedade e, que directa ou indirectamente, impede a sua plena inclusão e igualdade de oportunidades e direitos. Em Portugal, a Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto, “tem por objecto prevenir e proibir a discriminação, directa ou indirecta, em razão da

deficiência, sob todas as suas formas, e sancionar a prática de actos que se traduzam na violação de quaisquer direitos fundamentais, ou na recusa ou condicionamento do exercício de quaisquer direitos económicos, sociais, culturais ou outros, por quaisquer pessoas, em razão de uma qualquer deficiência” (Artigo 1.º). E, posteriormente, o Decreto-lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro, que “regulamenta a Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto, tem por objecto prevenir e proibir as discriminações em razão da deficiência e de risco agravado de saúde” (Artigo 1.º).

Assim, entende-se por discriminação:

- a) «Discriminação directa» a que ocorre sempre que uma pessoa com deficiência seja objecto de um tratamento menos favorável que aquele que é, tenha sido ou venha a ser dado a outra pessoa em situação comparável;
- b) «Discriminação indirecta» a que ocorre sempre que uma disposição, critério ou prática aparentemente neutra seja susceptível de colocar pessoas com deficiência numa posição de desvantagem comparativamente com outras pessoas, a não ser que essa disposição, critério ou prática seja objectivamente justificado por um fim legítimo e que os meios utilizados para o alcançar sejam adequados e necessários;

(Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto)

Torna-se importante que, a par com a legislação, também as pessoas sem deficiência aceitem e vivam em igualdade de oportunidades com as pessoas com deficiência para que exista uma inclusão verdadeira para estas pessoas.

### **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>17</sup>**

Portugal assinou, em Nova Iorque, a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a primeira do século XXI na área dos Direitos Humanos.

A adopção desta Convenção, que recebeu o parecer positivo de pelo menos 192 países, resultou de um consenso generalizado da comunidade internacional (governos, organizações e cidadãos) sobre a necessidade de garantir efectivamente o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência.

---

<sup>17</sup> A Convenção e o Protocolo foram, por esta ordem, aprovados pelas Resoluções da Assembleia da República n.º 56/2009 e n.º 57/2009, de 7 de Maio de 2009. A Convenção foi adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007.

Composta por 40 artigos, a Convenção visa proibir a discriminação sobre as pessoas com deficiência em todas as áreas da vida e obrigará os governos a adoptar medidas específicas. Assim, “o objectivo da presente Convenção é o de promover, proteger e garantir o gozo pleno e igual de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as pessoas com deficiência e de promover o respeito pela sua dignidade inerente (Artigo 1.º)”.

Os princípios gerais contidos na presente Convenção são:

- a) O respeito pela dignidade inerente, autonomia individual, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas, e independência das pessoas;
- b) Não discriminação;
- c) Participação e inclusão plena e efectiva na sociedade;
- d) O respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e humanidade;
- e) Igualdade de oportunidade;
- f) Acessibilidade;
- g) Igualdade entre homens e mulheres;
- h) Respeito pelas capacidades de desenvolvimento das crianças com deficiência e respeito pelo direito das crianças com deficiência a preservarem as suas identidades.

(Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência)

A igualdade e a não discriminação são tidas em conta nesta Convenção pois reconhece que todas as pessoas têm os mesmos direitos, sem distinção (v. Figura 10).

**Figura 10. Excertos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Artigo 5.º (Igualdade e não discriminação)**

1. Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer discriminação, a igual protecção e benefício concedido pela lei.
2. Os Estados Partes devem proibir toda a discriminação assente na deficiência/incapacidade e assegurar às pessoas com deficiência/incapacidade protecção igual, efectiva e eficaz contra a discriminação em todos os campos.
3. No sentido de promover a igualdade e de eliminar a discriminação, os Estados Partes devem dar todos os passos necessários para garantir a disponibilização de adaptações razoáveis.
4. Medidas específicas necessárias para acelerar ou conseguir *de facto* a igualdade das pessoas com deficiência não são consideradas discriminação segundo os termos consignados na presente Convenção.

Para além disso, considera que todas as pessoas têm direito à vida “os Estados Partes reafirmam que todo o ser humano tem o direito inerente à vida e tomam todas as medidas necessárias para assegurar o seu gozo efectivo pelas pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais” (Artigo 10.º).

Nesta convenção vemos, também, que os Estados reconhecem o direito a viver de forma independente e a ser incluído na comunidade.

Ainda na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é dada importância à participação em actividades recreativas, desportivas e de lazer (v. Figura 11).

**Figura 11. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 30.º (Participação na vida cultural, recreação, lazer e desporto)**

5 - De modo a permitir às pessoas com deficiência participar, em condições de igualdade com as demais, em actividades recreativas, desportivas e de lazer, os Estados Partes adoptam as medidas apropriadas para:

- a) Incentivar e promover a participação, na máxima medida possível, das pessoas com deficiência nas actividades desportivas comuns a todos os níveis;
- b) Assegurar que as pessoas com deficiência têm a oportunidade de organizar, desenvolver e participar em actividades desportivas e recreativas específicas para a deficiência e, para esse fim, incentivar a prestação, em condições de igualdade com as demais, de instrução, formação e recursos apropriados;
- c) Assegurar o acesso das pessoas com deficiência aos recintos desportivos, recreativos e turísticos;
- d) Assegurar que as crianças com deficiência têm, em condições de igualdade com as outras crianças, a participar em actividades lúdicas, recreativas, desportivas e de lazer, incluindo as actividades inseridas no sistema escolar;
- e) Assegurar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de pessoas envolvidas na organização de actividades recreativas, turísticas, desportivas e de lazer.

### Documentos internacionais

No século XX existiram grandes mudanças na mentalidade das pessoas que originaram uma nova era para as pessoas com deficiência. Começou-se a falar de direitos e a tratar a pessoa com deficiência em igualdade com os demais cidadãos. Assim, originou-se um conjunto de normas e políticas a favor da integração e posteriormente da inclusão das pessoas com deficiência na sociedade. Acerca destas normas e políticas a favor dos

cidadãos com deficiência, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, redigida praticamente com a criação da ONU e logo após a II Guerra Mundial, teve a finalidade de ressaltar a imprescindibilidade da Humanidade em cuidar dos direitos humanos. Esta Declaração é o pilar de todo o sistema actual, quando faz referência ao direito de todas as pessoas, sem qualquer distinção, à vida, à liberdade, à segurança social, à propriedade, ao trabalho, ao pensamento, à liberdade de opinião e de expressão, ao repouso, ao lazer, à educação.

E mais tarde, em 1975, surgiu a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Para além destas duas declarações, surgiram outras Cartas e Tratados, em que as pessoas com deficiência também se encontram contempladas, nomeadamente, na área desportiva.

### **Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948**

Esta declaração reconhece a dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais, em que, segundo o Artigo 1.º, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Assim, podemos inferir que também qualquer pessoa com deficiência goza dos mesmos direitos e igualdade que as demais pessoas.

### **Declaração dos Direitos dos Deficientes, de 9 de Dezembro de 1975**

A presente declaração expressa que “as pessoas com deficiência têm o direito às medidas destinadas a permitir-lhes tornarem-se tão autónomas quanto possível”. Nesta declaração são reconhecidos todos os direitos às pessoas com deficiência: “as pessoas com deficiência têm o direito inalienável ao respeito pela sua dignidade humana. As pessoas com deficiência, qualquer que seja a origem, natureza e gravidade de suas deficiências, têm os mesmos direitos fundamentais que seus concidadãos da mesma idade, o que implica, antes de tudo, o direito de desfrutar de uma vida decente, tão normal e plena quanto possível”.

## **Carta Internacional de Educação Física e do Desporto da UNESCO, de 21 de Novembro de 1978<sup>18</sup>**

A Carta Internacional de Educação Física e do Desporto foi muito importante a nível mundial pois, para além de ter sido reconhecido o valor da actividade física e prática desportiva na vida das pessoas, foi adoptada por vários países.

Segundo esta Carta, podemos constatar que a prática da Educação Física e do desporto é um direito fundamental de todos, não existindo qualquer distinção na sua condição, como forma de melhorar a aptidão física, intelectual e moral, a condição física, a personalidade (v. Figura 12). Encontramos, ainda, uma preocupação com os equipamentos e materiais apropriados à prática da Educação Física e do desporto

### **Figura 12. Excertos da Carta Internacional de Educação Física e do Desporto (Artigo 1.º)**

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

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

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

---

<sup>18</sup> A Carta Internacional da Educação Física e do Desporto foi proclamada na Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, celebrada em Paris, na sua 20.ª sessão, em 21 de Novembro de 1978.

## **Recomendação n.º R (86) 18 do Comité dos Ministros dos Estados Membros relativa à Carta Europeia do Desporto para Todos: as Pessoas Deficientes<sup>19</sup>**

Esta recomendação refere-se a um compromisso assumido por todos os Estados-Membros na adopção de medidas que permitam a prática desportiva por pessoas com deficiência.

### **Carta Europeia do Desporto<sup>20</sup>, de 24 de Setembro de 1992**

À semelhança de outra legislação, também a Carta Europeia do Desporto sustenta o princípio da não discriminação ao acesso à prática desportiva. Segundo o artigo 4.º, no n.º1, o “acesso às instalações ou às actividades desportivas será assegurado sem qualquer discriminação fundada no sexo, raça, cor, língua, religião, opiniões políticas ou outras, origem nacional ou social, pertença a uma minoria nacional, condição material, nascimento ou qualquer outra situação”.

Para além disso, nesta Carta podemos encontrar preocupação com a população com deficiência, nomeadamente na prática desportiva. Assim, este artigo recomenda a tomada de medidas que assegurem que todos os cidadãos tenham oportunidade de participarem nas actividades desportivas. De acordo com o artigo 4.º, n.º 2, “Tomar-se-ão medidas tendo em vista dar a todos os cidadãos a possibilidade de praticarem desporto e, se for caso disso, medidas suplementares para permitir aos jovens que apresentam potencialidades, assim como às pessoas ou grupos desfavorecidos ou deficientes, aproveitarem realmente estas possibilidades”.

A acessibilidade também é uma preocupação quando se trata de pessoas com deficiência motora ou intelectual e, segundo o artigo 4.º, n.º 4, “Os proprietários de instalações desportivas tomarão as disposições necessárias para permitir que as pessoas

---

<sup>19</sup> Esta Recomendação foi adoptada pelo Comité dos Ministros em 4 de Dezembro de 1986, por ocasião da 402.ª reunião dos Representantes dos Ministros.

<sup>20</sup> Os Ministros europeus responsáveis pelo Desporto reuniram-se para a 7.ª Conferência, nos dias 14 e 15 de Maio de 1992, em Rhodes, sendo criada nesta Conferência uma nova carta Europeia do Desporto. Foi a primeira vez que os Ministros do Desporto de todos os países europeus participam nos trabalhos da Conferência. O objectivo do Conselho da Europa é a realização de uma união mais estreita entre os seus membros a fim de salvaguardar e promover os ideais e os princípios que são seu património comum e de promover o seu progresso económico e social.



desfavorecidas, incluindo as que sofrem de uma deficiência física ou mental, tenham acesso a estas instalações”.

### **Tratado de Amesterdão, aprovado em 2 de Outubro de 1997<sup>21</sup>**

O Tratado de Amesterdão altera o Tratado que institui a Comunidade Europeia. Segundo o artigo 6.º-A “sem prejuízo das demais disposições do presente Tratado e dentro dos limites das competências que este confere a Comunidade, o Conselho, deliberando por unanimidade, sob proposta da Comissão e após consulta ao Parlamento Europeu, pode tomar as medidas necessárias para combater a discriminação em razão do sexo, raça ou origem étnica, religião ou crença, deficiência, idade ou orientação sexual”.

Neste Tratado encontramos, ainda, outra referência acerca da pessoa com deficiência, nomeadamente que “a Conferência considera que, ao instituírem medidas de aplicação do artigo 100.º-A do Tratado que institui a Comunidade Europeia, as Instituições da Comunidade deverão ter em conta as necessidades das pessoas com deficiência”.

### **Declaração de Nice**

A Declaração de Nice mostra-nos, no que respeita a práticas amadoras e desporto para todos, que:

---

<sup>21</sup> A assinatura do Tratado de Amesterdão teve lugar na cidade de Amesterdão (Países Baixos), a 2 de Outubro de 1997, como fruto da Conferência Intergovernamental que iniciou os seus trabalhos em 1996, na sequência do programa de revisão fixado pelo Conselho Europeu, na sua reunião em Turim, a 29 de Março desse ano. O Tratado da Amesterdão conferiu ainda maiores garantias em matéria de direitos fundamentais, tendo entrado em vigor a 1 de Maio de 1999.

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

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

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

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

## **Livro Branco<sup>22</sup>**

De acordo com o Livro Branco sobre o Desporto, no ponto 2.5 deve-se “utilizar o potencial do desporto para favorecer a inclusão social, a integração e a igualdade de oportunidades”. Assim:

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

...

---

<sup>22</sup> O Livro Branco sobre o desporto, de 2007, tem por objectivo definir uma orientação estratégica para o papel do desporto na UE. Reconhece a importante função social, económica e a organização do desporto, respeitando simultaneamente os requisitos da legislação comunitária.

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

(Livro Branco sobre o Desporto, 2007: 7/8)

## **1.2. O DESPORTO ADAPTADO E A ACTIVIDADE FÍSICA ADAPTADA**

### **1.2.1. Análise Histórica do Desporto Adaptado**

Uma das primeiras organizações desportivas para deficientes que surgiu foi o *Sports Club for the Deaf*, fundada em Berlim, em 1888.

Com a I Guerra Mundial e com o aumento do número de pessoas deficientes, o movimento em função do desporto sofreu uma grande expansão, introduzindo jogos e actividades desportivas com regras adaptadas às necessidades dos praticantes.

Em 1922, criou-se na Bélgica a *Fédération Sportif des Sourds*. Em 1924, o francês E. Ruben Alcáis e o belga Antoine Dresse fundaram o *Comité Internacional des Sports des Sourds (International Committee of Silent Sport - ICSS)*, imediatamente após a realização dos Jogos Mundiais para os Surdos, em Paris (Ammons, 1986). Desde a criação desta organização que são realizados os Jogos Mundiais de Verão, de quatro em quatro anos, para deficientes auditivos. Contudo, não decorreram Jogos entre 1939 e 1949 devido à II Guerra Mundial. Até hoje, decorreram 21 Jogos de Verão desde 1924, onde inicialmente participaram 148 atletas surdos. Em 1949, decorreram os primeiros Jogos de Inverno para Surdos em Seefeld, na Áustria com 33 atletas de cinco países.

Em Glasgow, no ano de 1932, nasceu a *British Society of One-armed Golfers*. Desde esta data, este clube tem vindo a organizar campeonatos anuais, os quais têm lugar em diferentes locais do país.

Em 1945, surgiu a *American Athletic Association of the Deaf*, a mais antiga organização desportiva para deficientes dos Estados Unidos da América. Hoje em dia organiza torneios regionais e nacionais em Basquetebol e Softball e coordena toda a participação americana nos Jogos Mundiais e Pan-Americanos para surdos (Ammons, 1986).

Posteriormente em 1951, o Comité Olímpico Internacional (COI) reconheceu oficialmente o ICSS como sendo o responsável, a nível mundial, do desporto para deficientes auditivos. Mais tarde a ICSS foi denominada *International Comitte of Sport for the Deaf* (ICSD).

Podemos, assim, constatar que as associações desportivas para surdos foram as primeiras a surgir de entre os vários tipos de deficiência, talvez devido a uma maior facilidade de organização e implementação dos vários desportos que hoje fazem parte do ICSD comparativamente com outras associações desportivas para atletas com deficiência.

Foi pouco depois da II Guerra Mundial que surgiu um elevado número de deficientes. Os métodos tradicionais de reabilitação não davam respostas às necessidades médicas e psicológicas dos traumatizados de guerra. A grande maioria destes deficientes tinha lesões ao nível da coluna vertebral, estando em muitos dos casos dependentes da cadeira de rodas. Estas pessoas que antes da guerra eram saudáveis ficaram com deficiência e sujeitos a problemas de nível psicológico e social. Em 1944, na Inglaterra, foi inaugurado o primeiro centro de tratamento de pessoas com lesões na coluna vertebral, o Hospital de Stoke Mandeville,

Que se ocupou pela primeira vez da história da medicina, de todos os aspectos desse problema tão complexo e até então negligenciado. Foi a introdução do desporto como parte integrante do tratamento clínico que auxiliou enormemente a devolver, a essas infelizes vítimas de guerra, não apenas o seu vigor físico, mas também a sua actividade mental, o sentido de dignidade, a confiança em si mesmos e a camaradagem, abrindo-lhes assim novas perspectivas de vida.

(Guttmann, 1977: 9)

De acordo com Winnick (1990), na sequência da II Guerra Mundial, o desporto para pessoas com deficiência, sofreu um primeiro impulso, aparecendo timidamente, pois inicialmente foi introduzido como meio de reabilitação para indivíduos mutilados bem

como para outros com lesões vértebro-medulares, no Hospital de Stoke Mandeville, sob a responsabilidade de Sir Ludwig Guttmann.

Sir Ludwig Guttmann reconhecia o valor terapêutico, recreativo, psicológico e como meio de reintegração na sociedade.

Relativamente ao valor terapêutico, o desporto:

Representa a forma mais natural de exercício curativo e pode ser utilizado com êxito como complemento dos métodos tradicionais de fisioterapia...Lutando contra si próprio para conseguir melhores resultados, o deficiente aprende a vencer a fadiga, sintoma característico nas primeiras fases de qualquer reeducação.

(Guttmann, 1977: 14)

No que concerne ao valor recreativo e psicológico do desporto:

A principal vantagem do desporto em relação aos exercícios curativos tradicionais reside no seu valor recreativo, pois oferece uma motivação adicional ao deficiente, graças ao regresso à actividade lúdica e ao desejo de manifestar a alegria de viver, que são inerentes ao homem... As actividades desportivas praticadas em comum no hospital e prosseguidas depois de ter alta, são ideais para evitar que o deficiente se entrincheire na sua invalidez. O desporto é um antídoto contra o comportamento anormal e anti-social que qualquer mutilação grave provoca, com uma regularidade consternadora. O desporto tem por fim desenvolver o domínio de si mesmo, o respeito de si próprio, o espírito de competição e a camaradagem – qualidades que são essenciais para a integração ou reintegração dos deficientes na colectividade.

(Guttmann, 1977: 14)

Por último, Guttmann já considerava, na altura, que o desporto era um meio de reintegração na sociedade:

O desporto deve constituir para o deficiente uma força motora que lhe permita restabelecer o contacto com o mundo circundante, e lhe facilite e acelere a sua reintegração na colectividade enquanto cidadão de pleno direito.

(Guttmann, 1977: 15)

Guttmann (1977) iniciou o tratamento de deficientes devido a três razões fundamentais. Em primeiro lugar, o desporto, nesta altura, tornou-se um dos meios mais populares de ocupação de tempos livres, o que se deveu a uma explosão demográfica e aos efeitos da automatização do trabalho industrial, o que também veio a reduzir o número de horas, aumentando, desta forma, os tempos de lazer. Deu-se, também, uma melhoria do nível de vida com elevação dos salários. Em segundo lugar, após a II Guerra Mundial, milhares de feridos graves, incluindo os paraplégicos, amputados e cegos, foram reeducados e passaram a interessar-se pelo desporto. E em terceiro lugar, esta importância veio mudar a atitude negativa da sociedade perante os deficientes. Em alguns países foram criadas leis para facilitar a reintegração dos deficientes. No caso de Inglaterra, foram votadas duas leis, o *Disabled Person (Employment) Act* (lei sobre o trabalho dos deficientes), de 1944, e, mais tarde, o *Chronically Sick and Disabled Persons Act* (lei sobre os doentes crónicos e os deficientes), de 1970.

O BCR surgiu em 1945 e rapidamente se tornou num dos desportos com mais popularidade para as pessoas com deficiência motora.

A 21 de Julho de 1948 iniciaram-se os primeiros jogos de Stoke Mandeville para paralisados. Contaram com a presença de 16 ex-membros das forças britânicas – 14 homens e 2 mulheres. Foi uma demonstração para a sociedade com o intuito de mostrar que o desporto não é exclusivamente para as pessoas sem deficiência (Steadward & Walsh, 1986).

Em 1952, foi criado a *International Stoke Mandeville Games Federation* (ISMGF) que se ocupava do desporto para paraplégicos. Neste ano decorreu o primeiro evento anual desportivo para atletas com deficiência contando com a presença de atletas holandeses. Nos anos que se seguiram, desenvolveu-se o Ténis de Mesa e o Lançamento do Dardo. Já na década de 60 apareceu a Esgrima, o Snooker, a Natação e a Halterofilia. Desde a realização dos primeiros jogos de Stoke Mandeville, que estes se realizam anualmente, com excepção do ano em que se realiza os Jogos Olímpicos.

Em 1960, realizam-se em Roma os primeiros Jogos Paralímpicos, estes contaram com a participação de 400 atletas, em representação de 23 países.

Em 1968 formou-se nos Estados Unidos aquele que viria ser o maior movimento desportivo para deficientes intelectuais de todo o mundo: o *Special Olympics* (SO).

Portugal participou pela primeira vez nas IV Para-Olimpíadas, na Alemanha, em 1972.

Em 1976, o COI, como forma de reconhecimento, autoriza que as Para-Olimpíadas se passem a designar por Jogos Olímpicos para Deficientes. Nesse ano, Toronto recebeu 1700 atletas e 50 países, convidando, pela primeira vez, atletas invisuais e amputados a participar. Logo após os Jogos Paralímpicos de 1976, surge a Organização Internacional do Desporto para Deficientes (ISOD) para atender às necessidades de organização e desenvolvimento desportivo, agrupando as deficiências que não estavam incluídas em outras federações, como os amputados e *Les autres* (distrofias musculares, esclerose múltipla, nanismo, ou outros). Esta organização inseria esses atletas em competições de nível Internacional e Paralímpico, colaborando na organização das actividades.

Em 1978, foi criada a Associação Internacional de Desporto e Recreação para Paralisia Cerebral – CP-ISRA, de forma a proporcionar maiores oportunidades desportivas às pessoas com paralisia cerebral ou lesões cerebrais não progressivas, congénitas ou adquiridas, que interferem na distribuição locomotora.

As VI Para-Olimpíadas, que decorreram em 1980 na Holanda, ficaram marcadas pela inclusão de atletas com Paralisia Cerebral.

Mais tarde, em 1981, foi criada a Associação Internacional para Cegos – IBSA e a Federação Internacional de Desporto para Deficientes Intelectuais – actual INAS-FID, com formato semelhante às demais organizações.

As VII Para-Olimpíadas de Verão de 1984 foram realizadas em Stoke Mandeville, na Grã-Bretanha (atletas em cadeira de rodas) e em Nova Iorque, nos Estados Unidos (atletas com paralisia cerebral, deficiências visuais, amputados e *Les autres*). Stoke Mandeville foi a primeira sede dos Jogos de Stoke Mandeville de 1948, visto como o precursor dos Jogos Paralímpicos. No total participaram 3000 atletas. Nesta edição existiu pela primeira vez a inclusão dos atletas pertencentes à deficiência *Les autres*. Estas foram as últimas Paralimpíadas de Verão que não foram realizadas na mesma sede das Olimpíadas de Verão.

Pela primeira vez na história, os atletas foram divididos em 5 categorias de necessidades especiais: amputados, com paralisia cerebral, com deficiências visuais, em cadeira de rodas, e outros. A criação da categoria de cadeira de rodas foi criada especificamente para aqueles atletas que tinham deficiências na medula espinhal. Alguns atletas na categoria de amputados também foram incluídos na mesma categoria.

Na mesma edição, Portugal conquistou as primeiras medalhas paralímpicas, participando em todas as outras futuras edições.

A partir de 1988, a ISMGF passa a chamar-se *International Stoke Mandeville Wheelchair Sport Federation* (ISMWSF), para englobar todos os atletas em cadeira de rodas com deficiências motoras distintas.

Também neste ano, o Conselho da Europa pronuncia-se através da sua Carta Europeia de Desporto para Todos, sobre o livre acesso ao desporto a todos os indivíduos independentemente da sua condição, sexo, idade, etnia ou classe social, imputando deveres ao Estado no sentido de proporcionar essa mesma acessibilidade.

Na procura de uma política única, as organizações *International Blind Sports Association* (IBSA) e *International Association Sport for Persons with Intellectual Handicap* (INAS-FID) propuseram a formação de um Comité de Coordenação Internacional (ICC), sendo legalizado em 1989. Passou a designar-se por Comité Paralímpico Internacional (CPI ou IPC – *International Paralympic Committee*), para se tornar responsável pelos Jogos Paralímpicos (JP) e alguns Jogos Internacionais (JI). É a partir deste ano que as restantes edições dos Paralímpicos se realizam no mesmo ano e local dos Jogos Olímpicos.

A organização passou a estar dividida da seguinte maneira: o IPC é o organismo máximo responsável pelos JP e JI, sendo que deste derivam outros organismos responsáveis por cada deficiência: ISMWSF, ISOD, Associação Internacional de Desporto e Recreação para paralisia Cerebral (CP-ISRA), IBSA e INAS-FID. Cada um destes organismos é responsável por uma classificação desportiva dos seus praticantes, de maneira a criar um sistema justo para cada deficiência, para que a vitória ou derrota estejam exclusivamente relacionadas com o esforço, dedicação e treino dos atletas com deficiência.

Em 1994, as Nações Unidas apresentam as «Normas sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência» (Resolução 48/96) onde fazem referência às áreas fundamentais para a igualdade de oportunidades, sendo elas a acessibilidade, a educação, o emprego, a manutenção de rendimentos e segurança social, a vida familiar e dignidade pessoal, a cultura, a religião, as actividades recreativas e o desporto.

Em 1999 foi fundado o Comité Paralímpico Europeu (CPE) - *European Paralympic Committee*.



Em 2004, ISMWSF uniu-se à ISOD e, juntas, criaram a Federação Internacional de Desporto para a Deficiência Motora (IWAS).

### Análise histórica a nível nacional

A nível nacional, o desporto para deficientes não se desenvolveu ao mesmo ritmo que o contexto internacional, pois, até meados da década de setenta, os deficientes apenas participavam muito esporadicamente em encontros desportivos.

Assim como o desporto internacional teve o seu berço em Centros Hospitalares e de Reabilitação de vítimas da II Guerra Mundial, em Portugal, a Guerra Colonial também originou um grande número de deficientes que começaram a ocupação dos seus tempos livres à semelhança das congéneres europeias e americanas com o desporto, nomeadamente o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (Carvalho, 1995).

Verificou-se a participação do Hospital de Alcoitão e do Hospital Ortopédico de Santana nos IV Jogos Paralímpicos de 1972, em Heidelberg, e, em 1973, nos Jogos Internacionais de Stoke Mandeville com uma equipa de Basquetebol em cadeira de rodas (Carvalho, 1995).

O 25 de Abril de 1974 foi um marco importante na massificação do fenómeno desportivo, pois começou a falar-se no direito à prática desportiva para as pessoas com deficiência, que viria, mais tarde, a ser promulgado na Constituição da República Portuguesa de 1975.

Em 1977, a Direcção Geral de Desportos (ex-DGD), actualmente Instituto do Desporto de Portugal (IDP), criou um sector dedicado aos deficientes. Neste mesmo ano, surge o Secretariado Nacional de Reabilitação, SNR, (Decreto-Lei n.º346/77). O SNR tinha por objecto ser o instrumento do Governo para a implementação de uma política nacional de habilitação, reabilitação e integração social das pessoas com deficiência, assente na planificação e coordenação das acções em ordem à concretização do artigo 71.º da Constituição da República Portuguesa.

Em 1979 é formado um grupo de trabalho para a elaboração dos estatutos da Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD).

O ano de 1982 marcou o retomar das competições internacionais com a participação da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC) nos Jogos Mundiais para a Paralisia Cerebral e a conquista da primeira medalha internacional.

Os estatutos da FPDD foram aprovados em 1988 e a 7 de Dezembro deste ano foi constituída legalmente a FPDD, destinando-se, segundo os seus estatutos, a pessoas com uma ou mais formas de deficiência, competindo-lhe a promoção e desenvolvimento de diversas modalidades desportivas.

O Movimento *Special Olympics* surgiu em Portugal, em 1983. Este Movimento teve origem nos Estados Unidos e promove a prática desportiva para deficientes intelectuais, dele fazendo parte modalidades como a Natação, Atletismo, Ciclismo, Futebol, Basquetebol, Ginástica, etc. Há relatos de alguns encontros de Ciclismo, porém nunca houve um calendário competitivo regular em Portugal.

Nas VII Para-Olimpíadas de Verão de 1984, realizadas em Stoke Mandeville, na Grã-Bretanha (atletas em cadeira de rodas), e em Nova Iorque, nos Estados Unidos (atletas com paralisia cerebral, deficiências visuais, amputados e *Les autres*), Portugal conquistou as primeiras medalhas paralímpicas, participando futuramente em todas as outras edições.

A Federação possui como membros diversas Associações Nacionais de Desporto por Deficiência (ANDD):

- ANDDVIS, Associação Nacional de Desporto para Deficientes Visuais;
- ANDDI-Portugal, Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Intelectual;
- ANDDMOT, Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora;
- LPDS, Liga Portuguesa de Desporto para Surdos;
- PC-AND, Paralisia Cerebral Associação Nacional de Desporto;

Em 1995 foi reconhecido aos atletas deficientes o direito ao Estatuto de Alta Competição e concedido à FPDD o Estatuto de Utilidade Pública Desportiva. E em 1996 foram integrados, pela primeira vez, atletas Paralímpicos no projecto de preparação Atlanta 96.

Em 1997, depois de Atlanta, é reconhecido aos atletas deficientes o direito a prémios pecuniários<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Os cidadãos deficientes que se classifiquem num dos três primeiros lugares dos Jogos Paralímpicos, Taça do Mundo de Boccia, Campeonatos do Mundo e da Europa das modalidades, disciplinas e provas incluídas no programa oficial dos Jogos Paralímpicos, podem beneficiar de prémios pecuniários em reconhecimento do valor e mérito daqueles êxitos desportivos (Portaria n.º 393/97, de 17 de Junho).

### 1.2.2. Conceitos/Terminologia

Um dos conceitos importantes no nosso estudo é a definição de actividade física adaptada (AFA) bem como o conceito de desporto adaptado (DA). A adaptação é o tema central da AFA. O termo “adaptada” refere-se a algo que é modificado, mudado ou alterado (Sherrill, 1993).

Segundo Rosadas:

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

(Rosadas, 1989: 21)

Para Sherrill, a AFA surge como um corpo de conhecimentos que ajudam a identificar e a solucionar os problemas psicomotores ao longo da vida. De acordo com Sherrill:

Adapted physical activity is a crossdisciplinary body of knowledge direct toward identification and solution of psychomotor problem throughout the life span. These problems may be within the individual or the environment. Thus, the adapted physical activity body of knowledge, when applied, encompasses attitudes supportive of individual differences and adaptation and a service delivery system designed to ameliorate problems.

(Sherrill, 1993: 5/6)

Na perspectiva de DePauw & Doll-Tepper (2000), a AFA foi considerada como “uma teoria e uma prática transdisciplinar que se propõe a identificar e a solucionar problemas motores ao longo da vida, desenvolver e implementar o acesso aos desportos e a um estilo de vida activo, desenvolver a cooperação entre os serviços família-escola-comunidade e fortalecer o sistema de *empowerment*”. Em relação ao DA, Gutierrez (1990; Ap. Pensgaard & Sorensen, 2002) define *empowerment* como um processo de aumento de poder pessoal, interpessoal ou político para que as pessoas com deficiência possam tomar a acção para melhorar as suas vidas.

Para Marques *et al.*:

A Actividade Física Adaptada sublinha e congrega todas as formas de participação desportiva de um qualquer indivíduo, mesmo com fortes limitações da capacidade de movimento, e seja qual for o objectivo dessa actividade (educativo, recreativo, competitivo ou terapêutico).

(Marques *et al.*, 2001: 78)

A AFA inclui a profissão, um campo de estudo, e uma prática que fornece respostas para os muitos problemas associados a assuntos da actividade física, tanto em contextos segregados como inclusivos (Sherrill, 1993; Hutzler & Sherrill, 2007).

Segundo a Federação Internacional de Actividade Física Adaptada (*International Federation of Adapted Physical Activity - IFAPA*), este conceito vem complementar a definição proposta pela autora Claudine Sherrill, como referenciámos anteriormente. Assim, complementa-se na medida em que a AFA aceita as diferenças individuais e proporciona o acesso a estilos de vida activos e ao desporto. Para a IFAPA:

APA [adapted physical activity] is defined as a cross-disciplinary body of knowledge directed toward the identification and solution of individual differences in physical activity. It is a service delivery profession and an academic field of study that supports an attitude of acceptance of individual differences, advocates access to active lifestyles and sport, and promotes innovation and cooperative service delivery programs and empowerment systems. Adapted physical activity includes, but is not limited to, physical education, sport, recreation, dance and creative arts, nutrition, medicine, and rehabilitation.

(IFAPA, 2004)

De acordo com esta definição são identificados quatro campos de estudo: (a) reabilitação, (b) educação física, (c) recreação e (d) desporto.

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

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

(Potter, 1987: 4)

Através do desporto podemos esquecer hierarquias sociais, responsabilidades, dando um novo significado às relações humanas. Muitas vezes as pessoas com deficiência para além de terem que superar as incapacidades e os *handicaps* das suas próprias deficiências, ainda têm que superar as dificuldades que surgem com as relações humanas ou com outros tipos de constrangimentos que possam surgir na sua vida quotidiana. Assim, o desporto vem ocupar um lugar de destaque na vida destas pessoas pois permite o seu desenvolvimento enquanto pessoa e a sua autonomia.

O desporto é uma parte da sociedade e, de alguma maneira, reflecte a sociedade (e cultura) na qual está inserido. Historicamente, o desporto tende a reflectir os valores, as normas e os padrões dominantes de uma dada sociedade.

O DA suporta as actividades desportivas que são designadas e especialmente praticadas por atletas com deficiência e incluem o desporto recreativo, competitivo e paralímpico (Sherrill, 1986). Adicionalmente este contexto também inclui o desporto praticado por pessoas sem deficiência que é modificado e adaptado para incluir atletas com deficiência (DePauw & Gravon, 1995).

Para Steadward & Walsh (1986) o desporto para os deficientes é muito mais que uma terapia, é o meio através do qual os atletas com deficiência conseguem atingir altos níveis de aptidão física. O desporto é, também, uma força motivacional que ajuda os atletas a alcançar o seu máximo potencial e desenvolve o espírito competitivo, a auto-disciplina e auto-respeito. É um meio para alcançar a qualidade de vida e aumentar as oportunidades, opções e experiências da pessoa com deficiência.

O desporto para pessoas com deficiência ocorre, porém, num contexto diferenciado de outras expressões do desporto em geral, nomeadamente, pela importância que assume a sua componente terapêutica e social e pela ligação estreita que mantém, desde a sua origem, com a reabilitação da pessoa com deficiência (Varela, 1991).

Na perspectiva de Marques:

O desporto para deficientes responde ao contexto de normalização quando proporciona, ao deficiente, a sua prática nas condições culturais, estruturais e sociais tão semelhantes quanto possível ao do eco-sistema em que o deficiente se encontra.

(Marques, 1991: 537)

Winnick (1990) considera o desporto para deficientes como uma componente da Educação Física, que proporciona serviços e actividades adaptadas às necessidades especiais de determinados indivíduos. Este autor define DA como um conjunto de experiências desportivas modificadas ou especialmente concebidas para estes mesmos indivíduos. Contudo, afirma que o DA tanto pode ter características integrativas (onde as pessoas com deficiência interagem com as pessoas normais) como características segregadoras (que apenas incluem pessoas com deficiência). Mais tarde, segundo o mesmo autor:

Adapted sport refers to sport modified or created to meet the unique needs of individuals with disabilities. Adapted sport may be conducted in a variety of settings, ranging from integrated settings in which individuals with disabilities interact with nondisabled participants to segregated environments in which play in sport includes only persons with disabilities.

(Winnick, 2000: 5)

De acordo com Varela (1991) e Castro (1998), o desporto para deficientes encontra-se actualmente organizado por grupos de deficiência com características etiológicas semelhantes e não por modalidades desportivas, como acontece no desporto em geral. Por conseguinte, a cada um dos grupos de deficiência corresponde uma Federação Internacional que é responsável pelo desenvolvimento da actividade desportiva nessa área de deficiência, bem como, pela regulamentação e organização das competições internacionais e nacionais, em colaboração com os países membros ou com as organizações que os representam.

### 1.2.3. Organizações Desportivas Internacionais

A nível mundial, estima-se em setecentos milhões o número de pessoas com deficiência. Destes, setenta milhões encontram-se na Europa, dos quais um milhão em Portugal.

Estes números levam à existência de inúmeras organizações/ instituições directamente vocacionadas para o trabalho com pessoas com deficiência a nível desportivo. De seguida, faremos uma breve apresentação sobre as mais importantes no que concerne ao desporto para pessoas com deficiência.

#### ICSD: *International Committee of Sport for the Deaf* (Comité Internacional de Desporto para Surdos)

Foi fundado em Paris, em 1924, durante os primeiros Jogos Silenciosos Internacionais, com o nome de Comité Internacional de Desportos Silenciosos (*International Committee of Silent Sport* - ICSS). Posteriormente em 1951, o COI reconheceu oficialmente o ICSS como sendo o responsável, a nível mundial, do desporto para deficientes auditivos, sendo mais tarde a ICSS denominada de *International Committee of Sport for the Deaf* (ICSD). Desde a sua formação o ICSD está ligado à organização de todo o tipo de DA praticado pelas pessoas com deficiência auditiva. O ICSD tem como uma das suas principais características, o facto de ter toda a sua estrutura desportiva desligada dos restantes tipos de deficiência, realizando os seus próprios eventos desportivos, sendo os *Deaflympics* o expoente máximo dos eventos desportivos. Os *Deaflympics* de Verão existem desde 1924, enquanto os de Inverno foram pela primeira vez realizados em 1949. Foi membro do CPI até 1995.

#### CP – ISRA: *Cerebral Palsy International Sport and Recreation Association* (Associação Internacional de Desporto e Recreação para Paralisados Cerebrais)

Esta organização foi criada, em 1978, com a finalidade de proporcionar maiores oportunidades desportivas e recreativas a pessoas com paralisia cerebral ou com lesões cerebrais não progressivas, congénitas ou adquiridas que provoquem disfunção motora,

auxiliando as associações dos países membros a concretizar os seus projectos de desenvolvimento desportivo e recreativo nessa área de deficiência.

A CP-ISRA colabora na organização de eventos nacionais nos países membros, realizando os seus Jogos Internacionais de 2 em 2 anos. Desde 1980 os seus atletas têm competido nos Paralímpicos.

#### IBSA: *International Blind Sports Association*

A IBSA foi fundada em Paris, em 1981, como uma organização sem fins lucrativos. Foi formalizada como uma entidade jurídica em 1985, com a aprovação da sua constituição, durante a primeira Assembleia Geral realizada em Hurdal (Noruega), e está integrada no CPI. Teve o objectivo de assumir a liderança nos desportos para pessoas cegas, a nível mundial.

É motivada pela convicção de que os atletas cegos, dentro da arena desportiva, são capazes de atingir quaisquer objectivos, quando os mesmos podem ser determinados pelos próprios atletas. Procura garantir que estes desportos tenham o reconhecimento e a aceitação generalizada. Dá especial ênfase ao desenvolvimento de programas para o treino de especialistas e de monitores de diferentes disciplinas, como uma maneira de melhorar as técnicas e a competitividade de seus atletas, tanto a nível básico quanto da alta competição (Coppenolle & Potter, 2004).

#### INAS-FID: *International Association Sport for Persons with Intellectual Handicap*

Foi fundada, em 1986, com o objectivo de promover, num movimento internacional, o desporto para pessoas com deficiências intelectuais. Actualmente, 86 nações são membros deste movimento.

A filosofia do INAS-FID é baseada no princípio da normalização. Isto significa que as pessoas com deficiência intelectual são membros de plenos direitos da sociedade, com os mesmos direitos, oportunidades e deveres como todos os outros cidadãos. Elas não são especiais, mas têm necessidades especiais, assim como os idosos, os jovens, os cegos e deficientes físicos têm necessidades específicas.

Atletas com deficiência intelectual, quando participam de competições de elite, não apenas são modelos para os outros como também ajudam a diminuir a



discriminação e a ignorância que, tão negativamente, limitam a vida das pessoas com deficiência intelectual. (Coppenolle & Potter, 2004).

IWAS: *International Wheelchair & Amputee Sports Federation* (Federação Internacional de Desporto para a Deficiência Motora)

Tudo começou quando, em 1952, foi criada a ISMGF, que surgiu através do trabalho pioneiro de Ludwig Guttmann, em Stoke Mandeville, com pessoas com lesão medular. A partir de 1988, a ISMGF passou-se a chamar ISMWSF para englobar todos os atletas em cadeira de rodas com deficiências motoras distintas.

Logo após os Jogos Paralímpicos de 1976, surge a ISOD para atender às necessidades de organização e desenvolvimento desportivo, agrupando as deficiências que não estavam incluídas em outras federações, como os amputados e *Les autres* (distrofias musculares, esclerose múltipla, nanismo, ou outros). Esta inseria esses atletas em competições de nível Internacional e Paralímpico, colaborando na organização das actividades.

Em 2004, ISMWSF uniu-se à ISOD e, juntas, criaram a Federação Internacional de Desporto para a Deficiência Motora (IWAS).

CPI: Comité Paralímpico Internacional

O CPI ou IPC (*International Paralympic Committee*) é o representante mundial das organizações de desportos de elite para atletas com deficiência.

Foi fundado em 22 de Setembro de 1989, em Düsseldorf, na Alemanha e é uma das maiores organizações desportivas do mundo, sem fins lucrativos. É formada e gerida por 167 Comités Paralímpicos Nacionais (NPCs); 4 federações desportivas internacionais de deficiências específicas (ISODs).

O IPC organiza os Jogos Paralímpicos de Verão e de Inverno e actua como a Federação Internacional de nove desportos, para os quais supervisiona e coordena os Campeonatos Mundiais e outras competições.

## CPE: Comité Paralímpico Europeu

Foi fundado em 1991 e o nome actual foi adoptado em 1999.

### **1.2.4. Organizações Desportivas Nacionais**

## CPP: Comité Paralímpico de Portugal

O CPP foi fundado a 26 de Setembro de 2008 e encontra-se regulamentado na Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro (Artigo 13.º) – Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto (v. Figura 13).

### **Figura 13. Excertos da Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto**

<p style="text-align: center;">Artigo 12.º</p> <p style="text-align: center;"><b>Comité Olímpico de Portugal</b></p> <p>1 - O Comité Olímpico de Portugal é uma associação sem fins lucrativos, dotada de personalidade jurídica, que se rege pelos seus estatutos e regulamentos, no respeito pela lei e pela Carta Olímpica Internacional.</p> <p>2 - O Comité Olímpico de Portugal tem competência exclusiva para constituir, organizar e dirigir a delegação portuguesa participante nos Jogos Olímpicos e nas demais competições desportivas realizadas sob a égide do Comité Olímpico Internacional, colaborando na sua preparação e estimulando a prática das actividades aí representadas.</p> <p>3 - O Comité Olímpico de Portugal mantém actualizado o registo dos praticantes desportivos olímpicos.</p> <p>4 - O Comité Olímpico de Portugal tem direito ao uso exclusivo dos símbolos olímpicos em território nacional, nos termos da lei.</p> <p style="text-align: center;">Artigo 13.º</p> <p style="text-align: center;"><b>Comité Paralímpico de Portugal</b></p> <p>Ao Comité Paralímpico de Portugal aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo anterior, relativamente aos praticantes desportivos com deficiência e às respectivas competições desportivas internacionais.</p>
--

Os objectivos e âmbito de intervenção do CPP são:

- Desporto de alto rendimento (de excelência desportiva), tendo por objectivo a participação em Campeonatos da Europa e do Mundo, visando a qualificação para a participação nos Global Games, Surdolímpicos e nos Jogos Paralímpicos, no âmbito do

Movimento Associativo Desportivo (mais de 70 Federações desportivas de modalidade e mais de 10.000 clubes desportivos).

- Desporto terapia, através dos Centros Hospitalares e de Reabilitação bem como das Entidades Públicas e Privadas que enquadram programas de reabilitação e terapia através do desporto (Hipoterapia, Remoterapia, Hidroterapia, etc.).
- Desporto para todos / lazer e recreação, a actividade física e o desporto enquanto um “Direito Humano”, na área da “Saúde e Exercício”, na promoção da “Qualidade de Vida”, na “Inclusão Social”, na “Ocupação dos Tempos Livres”, etc.
- Desporto na escola, nos Ensinos Não Superior e Superior, através da Educação Física e do desporto na escola, nos Estabelecimentos das Entidades Públicas ou Privadas.

O CPP engloba diversos Sistemas, Subsistemas e Sectores Desportivos; mais de 70 Federações Desportivas de modalidade; mais de 308 Câmaras Municipais, 4255 Juntas de Freguesias; mais de 10.000 Clubes Desportivos.

#### FPDD: Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência

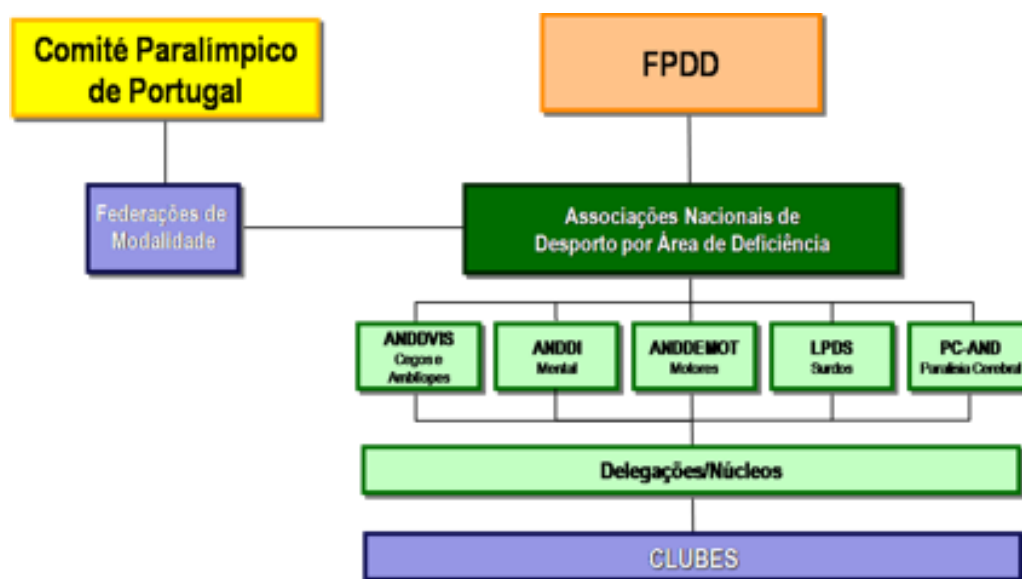
A FPDD foi fundada em 1988 e representa o desporto para pessoas com deficiência dentro e fora do território nacional. É uma Federação Multidesportiva que promove e desenvolve a prática cumulativa de diversas modalidades desportivas, para as cinco categorias desportivas internacionais por deficiência a saber: (1) intelectual; (2) visual; (3) paralisia cerebral e deficiências neurológicas afins; (4) amputados, lesionados medulares e *Les autres* e (5) auditiva.

Mantêm-se como associados efectivos as cinco as Associações Nacionais de Desporto por Deficiência, que são responsáveis pelo desenvolvimento das actividades desportivas da sua deficiência: a ANDDVIS, Associação Nacional de Desporto para Deficientes Visuais; a ANDDI-Portugal, Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Intelectual; a ANDDEMOT, Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora; a LPDS, Liga Portuguesa de Desporto para Surdos; PC-AND, Paralisia Cerebral Associação Nacional de Desporto.

A Associação de Atletas Portadores de Deficiência (AAPD) é Associado Extraordinário da Federação.

Encontra-se, assim, representado o Organograma do Desporto para Deficientes em Portugal:

Figura 14. Estrutura organizativa: Interna e Territorial da FPDD



#### ANDDVIS, Associação Nacional de Desporto para Deficientes Visuais

A ANDDVIS é uma associação sem fins lucrativos e desenvolve a sua actividade no âmbito do desporto para deficientes visuais. Esta associação, de âmbito nacional, representa os clubes desportivos nela filiados que integrem praticantes desportivos com deficiência visual, bem como praticantes desportivos filiados a título individual. Tem por objecto fomentar, promover e desenvolver o desporto para deficientes visuais.

#### ANDDI-Portugal, Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Intelectual

É uma associação multidesportiva, sem fins lucrativos que prossegue, a nível nacional, o desenvolvimento da prática cumulativa de diversas modalidades desportivas, no âmbito do desporto para pessoas com deficiência mental/incapacidade intelectual.

#### ANDDDEMOT, Associação Nacional de Desporto para a Deficiência Motora

Apresenta como objecto social: fomentar, coordenar, organizar e desenvolver actividades físicas e desportivas no âmbito do lazer, ocupação dos tempos livres e recreação, do rendimento / competição para os cidadãos com deficiência motora.

### LPDS, Liga Portuguesa de Desporto para Surdos

Esta associação sem fins lucrativos prossegue a nível nacional o desenvolvimento da prática de diversas modalidades desportivas para pessoas surdas.

### PC-AND, Paralisia Cerebral Associação Nacional de Desporto:

De acordo com a Lei e os Estatutos da PC-AND, quer pela sua natureza (associação sem fins lucrativos que prossegue a nível nacional o desenvolvimento da prática cumulativa de diversas modalidades desportivas para as pessoas com paralisia cerebral e outras situações neurológicas afins), quer pelas suas finalidades (fomentar e desenvolver o desporto para cidadãos com paralisia cerebral e situações neurológicas afins), conclui-se facilmente que a sua missão é a de coordenar toda a actividade desportiva para a paralisia cerebral a nível nacional e representá-la quer dentro quer fora do território nacional.

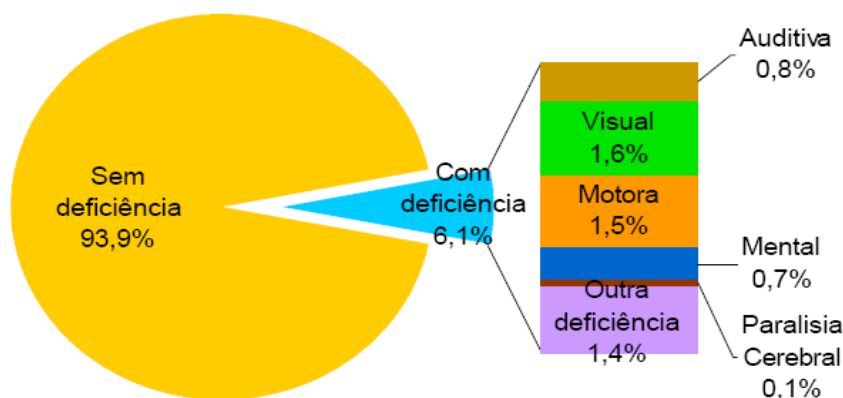
### **1.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA MOTORA**

Deficientes somos todos nós, (...) porque todos somos prisioneiros da deficiência. Uns são surdos aos gritos do mundo. (...) Uns vêem mal ao perto e enxergam pior ao longe. (...) Noutros o corpo é crescido, mas a alma incrivelmente pequena”, ou seja, neste contexto somos todos deficientes, pois não sendo perfeitos, temos limitações de actuação.

(Bento, 2004:185)

Estima-se que existam em todo o mundo mais de 650 milhões de pessoas com deficiência, com a Europa na casa dos 40 milhões. Em Portugal, o número de pessoas recenseadas cifrou-se em 634 408, representando 6,1% da população residente, das quais 333 911 eram homens e 300 497 eram mulheres (v. Figura. 15).

Figura 15. População sem deficiência e com deficiência segundo o tipo, Portugal 2001



(Censos, 2001: 2)

Do total de pessoas com deficiência, 39,4% referiam-se ao nível sensorial (auditiva e visual), embora com uma diferença significativa entre os dois tipos: as pessoas com deficiência visual representavam quase o dobro das que observavam alguma deficiência do tipo auditivo; 24,6% referiam-se ao nível da deficiência motora, que corresponde quase a  $\frac{1}{4}$  da população com deficiência; 22,9% apresentam outra deficiência; 11,5% deficiência intelectual e 1,6% paralisia cerebral.

De acordo com a CIF (2004), podemos definir deficiência como problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

Segundo Rodrigues:

A deficiência motora pode ser considerada como uma perda de capacidades, afectando directamente a postura e/ou movimentos, fruto de uma lesão de natureza congénita ou adquirida, ao nível das estruturas efectivas e reguladoras do sistema nervoso e osteomuscular.

(Rodrigues, 1983:29)

### 1.3.1. Classificação da Deficiência Motora

Na deficiência motora podemos encontrar dois grupos: (a) Lesão vértebro-medular (LVM) e similares, (b) *Les autres*. As LVM e similares subdividem-se em paraplegia, tetraplegia e hemiplegia; paralisia cerebral; spina bífida e poliomielite. As *Les autres*

subdividem-se em distrofias musculares, esclerose múltipla, amputações, nanismo, artrites reumatóides.

Como o nosso estudo é realizado com praticantes de BCR, portanto praticantes com deficiência motora, será importante realizar o perfil funcional das categorias de LVM e similares, onde se insere a paraplegia, a spina bífida e a poliomielite e na categoria *Les autres* onde se insere o perfil funcional da amputação.

### Lesão vértebro-medular

Uma lesão na espinal-medula ocorre quando um traumatismo resulta na lesão das células da espinal-medula ou afecta as ligações nervosas que conduzem os sinais nervosos de e para a espinal-medula (Coppenolle & Potter, 2004). Os lesados vértebro-medulares são indivíduos cuja deficiência resulta da ocorrência de uma lesão ao nível da coluna vertebral, do qual poderá ter resultado uma secção total ou parcial da medula. Para Winnick (2000), pode ser decorrente de uma lesão ou uma doença nas vértebras e/ou nos nervos da coluna vertebral, geralmente associado a um grau de paralisia, devido a dano na espinal medula. Esse grau de paralisia depende do nível da lesão na coluna vertebral e do número de fibras nervosas destruídas pela lesão.

O sistema nervoso central é formado pela medula espinal e pelo encéfalo. A medula é constituída por células nervosas (neurónios) e por longas fibras nervosas chamadas axónios, que são prolongamentos dos neurónios e formam as vias espinhais.

A medula espinal é organizada em segmentos ao longo da sua extensão. Raízes nervosas de cada segmento enervam regiões específicas do corpo. Os segmentos da medula cervical são oito (C1 a C8) e controlam a sensibilidade e o movimento da região cervical e dos membros superiores. Os segmentos torácicos (T1 a T12) controlam o tórax, abdómen e parte dos membros superiores. Os segmentos lombares (L1 a L5) estão relacionados com movimentos e sensibilidade dos membros inferiores. Os sacrais (S1 a S5) controlam parte dos membros inferiores, sensibilidade da região genital e funcionamento da bexiga e intestino. Assim, é uma lesão provocada por traumatismo ao nível da coluna vertebral, que não permite que a informação cerebral passe na zona atingida e chegue ao músculo.

A coluna é formada, em média, por 33 vértebras (7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e 4 ou 5 coccígeas). Cada par de nervos espinais tem um segmento espinal e uma vértebra correspondente.

A gravidade da lesão é tanto maior quanto mais elevada for a zona da coluna vertebral onde esta ocorreu, pelo que as capacidades funcionais das pessoas com LVM são variáveis em função do nível a que ocorreu a lesão.

Entre as principais causas de lesão estão as quedas, acidentes de carro, lesões desportivas (e.g. Futebol, Ginástica, Mergulho) e acidentes de bicicleta (Kelly, 1990). Para Sherrill (1993) este tipo de lesão normalmente acontece através de situações traumáticas, como é o caso de acidentes de viação (48%), quedas (21%), situações de violência (incluindo guerra, 14%), lesões desportivas (14%) e outras (3%). No caso de Portugal, encontram-se como principais causas quedas em casa, acidentes de viação e quedas resultantes de acidentes de trabalho.

Sherrill (1993) divide as lesões da coluna vertebral em duas amplas categorias funcionais: tetraplegia (completa ou incompleta) e paraplegia (completa ou incompleta). A tetraplegia ou paraplegia refere-se a uma lesão na coluna vertebral e resulta no impedimento/falta de movimento ou sensação.

A tetraplegia é usada para descrever a forma de lesão mais traumática, em que os quatro membros são afectados. A paraplegia refere-se à condição em que os membros inferiores são sobretudo os mais afectados.

A forma de paralisia e/ou falta de sensibilidade associada à tetraplegia e paraplegia está relacionada com a localização da lesão (altura da lesão) e com a quantidade de danos neurais (nível da lesão). As tetraplegias e as paraplegias podem ser distinguidas entre completas e incompletas, dependendo do facto de existir ou não controle e sensibilidade periféricos abaixo do nível da lesão da pessoa.

Apesar da sua irreversibilidade, a paraplegia e a tetraplegia não impedem a prática desportiva.

### Spina bífida

A spina bífida é uma malformação congénita em que o tubo neural não se fecha completamente durante a primeira e quarta semana de gestação. Consequentemente, o



arco posterior de uma ou mais vértebras não se desenvolve completamente, deixando uma abertura na espinal medula (Kelly, 1990).

De acordo com Kelly (1990), Sherrill (1993) e Coppenolle & Potter (2004) existem três classificações de spina bífida: mielomeningocelo, meningocele e spina bífida oculta.

Segundo Coppenolle & Potter:

Spina bífida oculta: abertura em uma ou em várias vértebras da coluna, sem dano evidente à espinal-medula.

Meningocele: as meninges ou a camada protectora da espinal-medula foram empurradas para fora, pela abertura das vértebras, numa “bolsa” chamada "meningocele". Entretanto, a espinal-medula permanece intacta. Esta forma pode ser tratada com muito pouco ou nenhum dano às estruturas nervosas.

Mielomeningocelo: é a forma mais grave de spina bífida, na qual uma porção da própria espinal-medula se encontra fora da coluna vertebral. Em alguns casos, a “bolsa” está coberta pela pele; em outros, o tecido e os nervos estão expostos.

(Coppenolle & Potter, 2004: 29)

É de notar que, normalmente, não é necessário nenhum tratamento para a spina bífida oculta. Para a meningocele e a mielomeningocelo é necessária uma correcção cirúrgica logo após o nascimento.

As causas de spina bífida podem ser: 10% por conexão familiar; febre alta durante a gravidez; mulheres com epilepsia que tomaram “ácido valproico” para controlar os ataques; baixa quantidade de ácido fólico antes e durante o primeiro mês de gravidez (Coppenolle & Potter, 2004).

### Poliomielite

A poliomielite, vulgarmente designada de *polio*, é uma forma de paralisia causada por uma infecção viral que afecta as células motoras na coluna vertebral. A severidade e nível da paralisia varia de pessoa para pessoa e depende do número e localização das células motoras que foram afectadas.

A paralisia pode ser temporária, ocorrendo apenas durante a fase aguda da doença (neste caso as células motoras não são destruídas), ou permanente, caso as células motoras tenham sido destruídas pelo vírus.

### Amputação

A amputação refere-se à perda total de um membro ou de um segmento específico do membro. A amputação tanto pode ser categorizada como adquirida ou congénita. A amputação adquirida pode resultar de doença, tumor ou trauma, a amputação congénita pode resultar de uma malformação do feto, durante os três primeiros meses de gestação (Winnick, 1990).

Na mesma linha de pensamento, Miller (1995) aponta que uma amputação é uma deficiência motora de origem não cerebral, adquirida ou congénita, sendo que no primeiro caso envolve a remoção de um ou mais membros doentes, danificados irreparavelmente, dolorosos ou sem utilidade, enquanto no segundo caso se refere a um ou mais membros que não existam desde a nascença ou ficam deformados desde o momento do nascimento.

Na opinião de Rodrigues (1983), amputação refere-se a uma perda de um segmento corporal, que pode ser dividida em amputação congénita (falta de um ou mais membros à nascença), amputação traumática (provocada por um agente mecânico ou eléctrico num acidente) e amputação cirúrgica (amputação preventiva de um membro com vista a evitar o alastramento de uma doença).

Segundo Oliveira (2000), as razões que causam a amputação são diversas, podendo dever-se a um defeito congénito, a insuficiência vascular, a tumores ou devido a acidentes (de trabalho, rodoviários, guerra, desportivos, ou de lazer, etc.). Estas causas de amputação variam consoante a idade, em que nas pessoas mais novas a principal causa é de origem traumática, normalmente por acidente, verificando-se o processo inverso quando falamos nas amputações cirúrgicas (por doença), as quais aumentam com a idade (Oliveira, 2000).

### 1.3.2. A Actividade Física na Deficiência

Se há muito anos a prática regular do desporto da pessoa com deficiência era vista como algo prejudicial, nos nossos dias, o DA tomou proporções muito grandes ao nível da recreação e até ao nível competitivo.

Foram vários os investigadores que observaram que as pessoas com deficiência são mais propícias a serem inactivas comparativamente com outros grupos de pessoas (Cooper *et al.*, 1999; Rimmer *et al.*, 1996). Estudar a relação entre as pessoas com deficiência e a actividade física ou o desporto é considerado importante porque muitas pessoas com deficiência são inactivas (Longmuir & Bar-Or, 2000). Esta situação torna-se problemática porque as pessoas com deficiência podem não ganhar os benefícios psicológicos e físicos associados com o exercício e este padrão de comportamento pode levar à redução na actividade física e a declínios na saúde ou status funcional (Cooper *et al.*, 1999; Rimmer *et al.*, 1996). E as ramificações de ser sedentário frequentemente exacerbam os efeitos prejudiciais da deficiência (Heath & Fentem, 1997).

Para além disso, sempre que as pessoas têm uma deficiência adquirida, como é o caso das LVM, enfrentam um conjunto de barreiras ou obstáculos a que não estavam habituados antes de adquirirem a deficiência. As LVM resultam na perda de várias capacidades sensório-motoras e estudos mostram que existe uma diminuição na participação desportiva após uma LVM (Kirkby *et al.*, 1996; Tasiemski *et al.*, 2000). Esta situação pode dever-se a um conjunto de barreiras na participação que surgem após a lesão, tais como, obter o acesso apropriado a um desporto em cadeira de rodas e aprender as novas habilidades que envolvem o desporto em cadeira de rodas (Wu & Williams, 2001), bem como barreiras psicológicas, tal como redução da auto-confiança. Contudo, devido às consequências físicas da LVM e aos riscos associados, pode-se argumentar que a actividade desportiva é ainda mais importante para esta população (Jackson & Davis, 1983; *Ap.* Tasiemski *et al.*, 2004; Jochheim & Strohkendl, 1973; *Ap.* Tasiemski *et al.*, 2004).

Existem vários autores e publicações que, de facto, dão ênfase aos aspectos positivos da prática desportiva para pessoas com deficiência. Nomeadamente, a UNESCO diz que:

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

(Carta Internacional da Educação Física e do Desporto, 1978, Art.º 1.º - 1.1)

Como é do conhecimento geral, a prática desportiva regular proporciona condições para uma boa performance no geral. E os benefícios da actividade física são essencialmente importantes para pessoas com deficiências motoras, intelectuais e de desenvolvimento (Cooper *et al.*, 1999).

Segundo Potter (1975), independentemente do nível de prática desportiva, os efeitos da prática desportiva, os efeitos da actividade desportiva na pessoa com deficiência são de três ordens:

- Fisiológicos: através da exploração dos limites articulares, do controlo de movimento voluntário, bem como da melhoria de aptidão física geral e da saúde;
- Psicológicos: pelo domínio do gesto o qual conduz a um aumento da autoconfiança, redução da ansiedade e melhoria da comunicação;
- Sociais: pela contribuição para o desenvolvimento da autonomia e da integração social.

Um pouco mais tarde, Gutmann (1977) ainda acrescenta os benefícios terapêuticos, utilizados como complemento da terapia física e os recreativos, demonstrando que a grande vantagem do desporto sobre o exercício curativo reside na sua vertente recreativa.

Hoje em dia, atribui-se grande importância à prática de actividade física e desportiva (AFD), pois acredita-se que contribui para o desenvolvimento social, físico e psicológico dos indivíduos (Batista, 2000).

Segundo Goodwin *et al.* (2004), os praticantes de um desporto afirmaram que o desporto é um contexto de actividade física em que a deficiência não é experienciada como negativa. Para além disso, os praticantes envolvidos em competições de DA sentem que todos são iguais e têm oportunidade para partilhar experiências e uma biografia comum sobre a deficiência (Sousa *et al.*, 2009). A participação no desporto e na actividade física pode reafirmar a habilidade em vez da deficiência e serve como um meio para afirmar a competência corporal da pessoa (Taub *et al.*, 1999).

Nos estudos realizados por Sousa *et al.* (2009) e Sjudahl *et al.* (2004), os participantes descreveram a importância de serem reconhecidos e tratados como pessoas e não pela deficiência de cada um. Também realçaram a ideia de serem pessoas que enfrentam uma distinta condição corporal e enfatizaram a importância do seu carácter. Alguns autores defendem que os benefícios da AFA podem ser notados no auto-conceito (Giacobbi *et al.*, 2008), na auto-estima (Giacobbi *et al.*, 2008; Kamal *et al.* 1995), na personalidade, na confiança, na imagem corporal e no ajustamento social (Kamal *et al.* 1995).

Existem indicadores na literatura que postulam que as pessoas com deficiência motora experienciam benefícios psicológicos e emocionais através da actividade física (Crocker & Bouffard, 1992; Kalyvas & Reid, 2003). Por exemplo, Campbell & Jones (1994) concluíram que os praticantes em cadeira de rodas apresentam níveis mais baixos de depressão, raiva e confusão e níveis mais elevados de vigor e percepções de saúde quando comparados a não praticantes. Enquanto outros investigadores demonstraram associações positivas entre exercício e bem-estar psicológico, auto-percepções e níveis elevados de integração social (Blinde & McClung, 1997; Gibbons & Bushakra, 1989; Greenwood *et al.*, 1990; Riggen & Ulrich, 1993). Similarmente, as pessoas com paraplegia e tetraplegia apresentaram significativamente valores mais baixos de depressão e ansiedade e mais altos de vigor do que as pessoas menos activas (Muraki, *et al.*, 2000). Estes estudos sugerem que as pessoas com LVM ou outras condições que limitam as actividades diárias podem experienciar benefícios psicológicos associados ao exercício.

#### **1.4. O DESPORTO ENQUANTO PROMOTOR DE INCLUSÃO SOCIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

No decorrer da existência das civilizações, as pessoas com deficiência foram tratadas de várias formas, umas vezes de forma mais agressiva outras vezes foram rotuladas, discriminadas, excluídas e em alguns casos, foram condenadas à morte.

Nos dias de hoje podemos afirmar que a pessoa deficiente, por vezes, continua a ser excluída da sociedade em que vive, embora nos últimos anos tenhamos assistido a uma mudança positiva, desde a mudança de mentalidades até à legislação existente, que

permite uma maior igualdade e inclusão da pessoa com deficiência. Contudo, ainda muito se pode fazer para a pessoa com deficiência, independentemente do seu tipo de deficiência, seja incluída verdadeiramente na sociedade. Assim, pouco a pouco, decorre uma transformação, apontando para um sentido de reconhecimento social da pessoa com deficiência.

A inclusão é um modo de vida, um modo de viver em conjunto, fundado em que cada pessoa deve ser respeitada, aceite pelas suas diferenças, valorizada e deve pertencer a um grupo social. Para existir inclusão deve-se estimular o trabalho e a participação da pessoa com deficiência na sociedade e juntamente com esta população deve-se encontrar os meios para conviverem e solucionarem as suas necessidades individuais e colectivas. Deve-se estimular a sociedade a modificar-se para ser capaz de viver e partilhar com todas as pessoas, por mais diferentes que sejam, reconhecendo-as como parte integrante e produto dessa sociedade. A inclusão é guiada pelo princípio fundamental da diversidade. Pertença, aceitação e sentido de ser apoiado são essenciais num ambiente inclusivo (Sherrill, 1993).

A inclusão requer o reconhecimento de todas as pessoas com deficiência como membros plenos da sociedade e o respeito por todos os seus direitos, independentemente da idade, género, etnicidade (raça), linguagem, condição ou deficiência. A inclusão envolve a remoção de barreiras que possam prevenir o gozo destes direitos e requer a criação de um suporte apropriado e ambiente protector.

Podemos continuar a dizer que não é só a pessoa com deficiência que se tem que adaptar à sociedade, mas a sociedade também se tem que adaptar à pessoa com deficiência. Através da inclusão existe a participação de pessoas com deficiência de forma similar dentro da comunidade.

O desporto e a actividade física surgem como forma de promover a inclusão de pessoas com deficiência na comunidade. É uma das formas que permite que as pessoas com deficiência se sintam incluídas na sociedade devido aos benefícios que uma prática desportiva proporciona. Para Bento (1991) o subsistema do desporto é uma das componentes da organização social mais dinâmica. Até tempos relativamente recentes o seu lugar na organização parecia complementar e os indivíduos nele envolvidos eram uma minoria oriunda de classes dominantes. A sua valorização social e cultural atingiu nos últimos anos uma dimensão anteriormente inimaginável.

Participar na instituição desporto é uma forma de estar presente (incluído) na organização social e a permeabilidade dos fenómenos sociais levanta a forte probabilidade de, na organização social, se esbaterem as causas e os etnocentrismos que tendem para a exclusão social (Marques, 1997).

Segundo Kasser & Lytle (2005), a actividade física inclusiva é a filosofia e a prática que assegura que todos os indivíduos, independentemente da habilidade ou idade, tenham oportunidades iguais na actividade física.

O desporto, independentemente da sua expressão, congrega em si um potencial de inclusão social, mantém-se na moda, contraria na sua prática a desvantagem, o isolamento e o separatismo que conduzem à exclusão social. Fazer parte do “mundo do desporto” pode fazer cair barreiras restritivas ou impeditivas. Para alterar significativamente as consequências negativas da exclusão ou pré-exclusão social.

(Marques, 1997: 172)

Assim, para que isto aconteça é necessário que todos sejam pessoas de pleno direito, onde se inclui o direito à prática desportiva bem como o acesso a todas as instalações.

A inclusão é o estágio final da integração para pessoas com deficiência na competição ou organização desportiva, em que são envolvidos, aceites, e respeitados em todos os níveis competitivos ou organizativos. A inclusão implica que as pessoas com deficiência estejam preparadas para competir em contextos integradores sem estigma ou medo de terem as suas identidades estragadas ou o seu status ou interacção afectados pela sua deficiência ou percepção dela (Nixon II, 2007). A inclusão parece ser mais propícia a ocorrer quando a participação desportiva é apropriada, ou seja, quando as exigências estruturais de um desporto coincide com a motivação, interesse e habilidade dos seus participantes. A *justiça* existe no desporto para deficientes quando eles têm oportunidades para alcançar uma participação e inclusão apropriadas (Nixon II, 2007).

Para as pessoas com deficiência, a inclusão no desporto ao longo da vida é carregado de vários desafios, dependendo das aspirações pessoais, da eficácia das pessoas sem deficiência e das oportunidades do DA.

O DA potencializa a inclusão e o bem-estar para as pessoas com deficiência através de duas formas: mudando o que a sociedade/comunidade pensa e sente sobre esta população, conseqüentemente reduzindo o estigma e a discriminação associado à deficiência. Em segundo lugar, ajuda a que as pessoas com deficiência possam

reconhecer o seu potencial e intervir, para que exista mudanças na sociedade, que lhes permitam a sua realização pessoal. O desporto pode ajudar a que as pessoas com deficiência que se isolam da comunidade e do meio envolvente se voltem a integrar plenamente na vida social.

O desporto é uma forma para que as pessoas com deficiência alertem a percepção das pessoas sem deficiência focando a sua atenção nas suas habilidades e naquilo que elas conseguem fazer, deixando para trás a deficiência (DePauw & Gravon, 1995). Através do desporto, as pessoas sem deficiência encontram as pessoas com deficiência num contexto positivo (muitas vezes pela primeira vez) e vêem nelas o cumprimento de acções que pensaram ser impossível para as pessoas com deficiência. As suas assumpções sobre as pessoas com deficiência no que se refere àquilo que conseguem ou não fazer são remodeladas através da experiência. Igualmente, a tendência de ver a incapacidade ao invés da capacidade é reduzida, em parte pela experiência desportiva comum que ambas partilham.

O desporto muda a pessoa com deficiência de uma forma muito profunda. Para alguns permite-lhes fazer escolhas e correr riscos pela primeira vez. Para outros, a aquisição gradual de habilidades aumenta a sua auto-confiança e ajuda-os a realizar outros desafios como a educação ou o emprego. O DA também proporciona oportunidades para que as pessoas com deficiência desenvolvam habilidades sociais, conheçam novos amigos fora do seu contexto familiar, adquiram responsabilidade através do exercício e assumam papéis de liderança. De acordo com Eminović *et al.* (2009), as experiências desportivas proporcionam uma oportunidade para as pessoas com deficiência aumentarem o seu rol de amigos. Outro aspecto importante está relacionado com o contributo da prática desportiva para estabelecer inter e intra-relações de solidariedade e companheirismo, contribuindo para o desenvolvimento social da pessoa com deficiência (Moura e Castro, 1996).

Para além disso, permite-lhes desenvolver a independência e a capacidade de liderar e de mudar a sua vida, bem como para desenvolver a confiança necessária para entrar no mundo do trabalho e em outras áreas das suas vidas. O desporto de competição e recreativo, um contexto onde as pessoas se divertem e onde partilham um interesse comum, pode ser um meio efectivo para aproximar as pessoas com e sem deficiência. Pois quando existe comunicação e conhecimentos apropriados, o desporto pode ser uma ferramenta para mudar a mentalidade e atitudes das pessoas sem



deficiência, proporcionar às pessoas com deficiência a aquisição de novas habilidades físicas e sociais, auto-confiança e relações positivas com outras pessoas.

A prática desportiva da pessoa com deficiência pode contribuir para a inclusão da mesma na sociedade, porque permite-lhe sair do sedentarismo e, simultaneamente, proporcionar-lhes uma vida social mais intensa, permitindo-lhes um maior reconhecimento social e maior convívio com outras pessoas com ou sem deficiência. Consequentemente, vai permitir uma partilha de experiências, promovendo-se intercâmbios, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento pleno das suas capacidades bem como da sua inclusão na sociedade.

Podemos concluir que, a variedade e flexibilidade do desporto proporcionam uma estratégia de inclusão e de adaptação para pessoas com deficiência.

### Inclusão *versus* exclusão

No passado, as pessoas com deficiência foram frequentemente vistas como objectos do ridículo ou de pena e como uma ameaça para a sociedade (Wolfensberger, 1972; Ap. Tsai & Fung, 2009). Embora estas reacções tenham diminuído com o passar dos anos, o preconceito individual e a discriminação institucional contra pessoas com deficiência ainda persistem, desta forma, limitando a participação das pessoas com deficiência em actividades comunitárias (Tsai & Fung, 2009). Foram realizados vários estudos que mostram que as atitudes sociais negativas das pessoas de várias sociedades representam o maior obstáculo na participação em programas comunitários recreativos para pessoas com deficiência (Bedini, 2000; Tsai & Fung, 2005).

Desta forma, as pessoas com deficiência têm experimentado vários obstáculos na inclusão na sociedade, quer através de várias atitudes negativas, quer através de barreiras arquitectónicas que levam ao isolamento e à exclusão social.

Tanto as ideias erradas como a falta de conhecimento sobre os verdadeiros efeitos da deficiência frequentemente levam à exclusão social, económica e política das pessoas com deficiência. Esta exclusão tanto pode ser propositada como não propositada, como é o caso da falta de transporte adequado, obstáculos na acessibilidade, falta de sinais sonoros para deficientes visuais ou falta de imagens para deficientes auditivos.

Muitas pessoas com deficiência aceitam a exclusão e a discriminação a que são sujeitas porque sentem-se impotentes para mudar a sua situação. Adicionalmente, muitas pessoas com deficiência nunca foram ensinadas de que merecem um tratamento igual e que têm direitos que deveriam ser respeitados. Sem modelos de pessoas com deficiência e sem informação sobre como viver com a deficiência, falta às pessoas com deficiência o conhecimento e as ferramentas para melhorar as suas vidas. Se estas pessoas não viram exemplos em melhores condições, podem ter dificuldades em imaginar situações diferentes. O mesmo sucede muitas vezes com as pessoas sem deficiência, ou seja, também pode faltar igualmente acesso a informação sobre a deficiência e modelos positivos das pessoas com deficiência. Pode acontecer que as pessoas sem deficiência não saibam como acomodar ou incluir as pessoas com deficiência nas suas actividades.

Em algumas investigações demonstrou-se que as atitudes para com as pessoas com deficiência são, na maioria, negativas e manifestam-se na forma de rejeição, intolerância e distanciamento (Hanak & Dragojevic, 2002; *Ap. Eminović et al., 2009*). Mesmo quando existe boa vontade em interagir com pessoas com deficiência e se expressa verbalmente, prevalecem sentimentos de ansiedade, confusão e medo (Krahé & Altwasser, 2006; *Ap. Eminović et al., 2009*), bem como preconceito negativo sobre o comportamento, personalidade e realizações da pessoa com deficiência (Seifert & Bergman, 1983; *Ap. Eminović et al., 2009*).

Num estudo realizado por *Eminović et al. (2009)* conclui-se que entre as pessoas com deficiência continuam a prevalecer atitudes negativas e indiferentes através de eventos desportivos onde participam pessoas com deficiência. Para além disso, as pessoas com deficiência não estão suficientemente informadas sobre os efeitos positivos adquiridos através da PDA.

Quando os esforços não são feitos para que a participação desportiva das pessoas com deficiência seja inclusiva, o desporto passa a ser outra área onde existem atitudes e práticas discriminatórias para com as pessoas com deficiência. Mesmo que existam decisões e legislação para tornar o desporto mais acessível e inclusivo sem os passos básicos para alcançar a compreensão, o conhecimento e a comunicação de como adaptar o desporto apropriadamente, a intolerância pode ser exacerbada e a distribuição pode suceder.

### **1.4.1. Obstáculos na Inclusão Social da Pessoa com Deficiência**

Na nossa sociedade existem grupos que enfrentam um conjunto de obstáculos que, corporizando-se através de preconceitos sociais, são determinantes para todos os aspectos da vida de uma pessoa. É o exemplo das pessoas com deficiência, grupo marcado por um conjunto de conotações negativas perpetuadas pelo decorrer da história, com evidentes implicações ao nível da participação em sociedade, muito embora se tenha alterado nas últimas décadas.

Os deficientes são tendencialmente empurrados para o isolamento e para o separatismo. Mesmo quando não são encarados como uma doença social (o que acontece frequentemente) eles encontram-se ou são colocados na fronteira da exclusão social.

(Marques, 1997: 164)

Sempre que existam estas questões, a pessoa com deficiência tem uma postura diferenciada e subestimam-se as suas potencialidades. Assim, a história da pessoa com deficiência tem vindo a passar por várias fases, desde a exclusão, a segregação, a integração e, hoje, a inclusão. Contudo, será que nos dias de hoje vivemos no período da inclusão? Se atendermos à legislação podemos verificar uma resposta afirmativa, mas na realidade será que o que está legislado é aplicado correctamente?

Por um lado, verificamos que a legislação permite uma maior igualdade das pessoas com deficiência mas, como sabemos, a sua implementação muitas vezes acaba por ser ignorada. Para além disso, um dos maiores desafios é o da mudança cultural. Muitas vezes, as pessoas são preconceituosas, têm falta de consciência e evitam um convívio social com as pessoas com deficiência, acabando por ser um factor de exclusão social destas pessoas. Por outro lado, encontramos barreiras arquitectónicas, como a falta de elevadores, rampas e acessos especiais para as pessoas com deficiência motora, passeios estragados, falta de transporte adaptado, entre tantas outras barreiras que podem pôr em causa a inclusão de uma pessoa com deficiência na sociedade.

No que concerne à actividade física, são menos as pessoas com deficiência que participam na actividade física, no geral, do que o resto da população (Williams, 1994b). Possíveis razões para esta discrepância incluem as dificuldades no acesso a programas e infra-estruturas desportivas e as atitudes pobres e ambivalentes na integração de pessoas com deficiência no desporto regular e no contexto desportivo

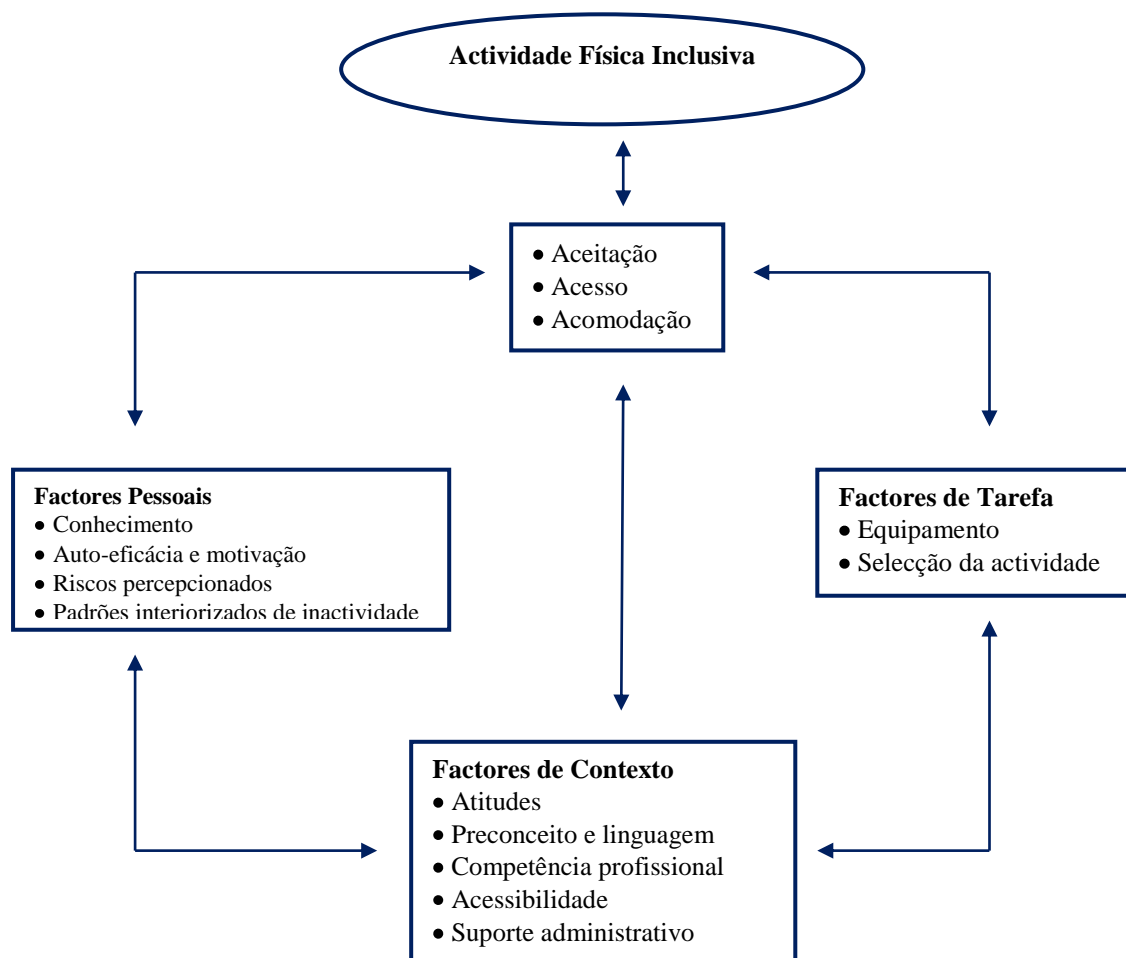
(Sherrill, 1997). Investigadores em vários países demonstraram que as barreiras mais comuns à participação de pessoas com deficiência no desporto são: a falta de pessoas com deficiência em idades jovens no desporto (este factor depende se a deficiência é congénita ou adquirida mais tardiamente na vida); a falta de conhecimento de como incluir as pessoas com deficiência em actividades desportivas; a falta de recursos financeiros; o acesso limitado à informação; e o preconceito social negativo para com as pessoas com deficiência (Eminović *et al.*, 2009).

Para as pessoas com deficiências, as barreiras físicas e sociais na participação desportiva são frequentemente mais difíceis de ultrapassar.

Vários estudos demonstraram que as barreiras incluem: a inacessibilidade a infra-estruturas desportivas e equipamentos (e.g. entradas principais das infra-estruturas, zona de chuveiros e casas de banho, equipamentos adaptados para a prática desportiva), (Rimmer, 2004; *Ap.* IPC, 2005); o custo da participação em actividades desportivas (Rimmer, 2004; *Ap.* IPC, 2005); a falta de conhecimentos adequados por parte dos treinadores (Sherrill & Williams, 1996); e atitudes e comportamentos negativas das pessoas sem deficiência que possam trabalhar em infra-estruturas desportivas ou na instrução da Educação Física (Lieberman & Houston-Wilson, 2002).

Para Kasser & Lytle (2005) as barreiras para uma actividade física inclusiva envolvem uma de três categorias: (1) relacionadas com o contexto, em que são externas e sucedem-se das pessoas e dos locais de programas de actividade física; (2) relacionadas com a pessoa, que são internas ao participante; e (3) relacionadas com a tarefa, em que estão relacionadas directamente com a actividade. Cada uma destas barreiras pode influenciar a aceitação, o acesso e acomodação de todas as pessoas em programas de actividade física (v. Figura 16). Muitas destas barreiras podem existir singularmente ou então em conjunto e podem impedir o total acesso à acomodação das pessoas nas actividades físicas. Estas barreiras podem estar relacionadas com a pessoa, o contexto ou a tarefa.

Figura 16. Barreiras à inclusão na actividade física (adaptado de Kasser & Lytle, 2005:23)



Muitas destas barreiras existem na comunidade em que as pessoas estão inseridas. As barreiras de contexto ou ambientais são impostas à pessoa por outros, no contexto em que estão inseridos. Por exemplo, as barreiras relacionadas com o contexto podem incluir atitudes negativas, o uso de rótulos ou de linguagens inapropriadas, falta de competência profissional, acessibilidade inadequada e falta de compromisso administrativo e apoio. Os factores de tarefa estão relacionados com o equipamento disponível para a prática desportiva. Os factores pessoais relacionam-se com a motivação, com padrões de inactividade e conhecimento que as pessoas com deficiência têm (Kasser & Lytle, 2005).

## Estigmas, atitudes, preconceitos

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

(Marques, 1997: 164)

Apesar de todos os esforços realizados pela legislação, pelo governo e pela educação para maximizar a independência, produtividade e a inclusão social das pessoas com deficiência, o preconceito (crenças e atitudes), a discriminação (ações e práticas) e as atitudes negativas continuam a influenciar negativamente as oportunidades e os estilos de vida das pessoas com deficiência.

Em muitas sociedades, as pessoas com deficiência foram sucessivamente sendo vistas pela sua incapacidade em vez da sua capacidade. Ainda existem muitos locais em que as pessoas com deficiência sofrem de estigma social associado à sua deficiência. A estigmatização refere-se ao tratamento discriminatório e injusto directamente dado à pessoa percebida como diferente (Sherrill, 1997). O estigma consiste em estereótipos infundados, assumpções incorrectas, percepções e preconceitos negativos. Muitas das práticas e políticas discriminatórias que são barreiras para as pessoas com deficiência surgem do estigma.

Na nossa sociedade, as pessoas com deficiência são estereotipadas negativamente apenas porque são deficientes, podendo muitas vezes ser isoladas do meio social em que vivem por não serem consideradas como potenciais adultos produtivos. Como resultado, são frequentemente tratadas como sendo inferiores às outras pessoas e como não sendo capazes de tomar conta delas próprias. Os estereótipos sobre certos grupos, como os idosos ou pessoas com deficiência, são tão fortes, que estes grupos frequentemente aceitam para eles próprios estes estereótipos, e contribuem para a sua própria incapacidade social (Greendorfer & Hasbrook, 1991). Para além disso, faz parte da natureza humana evitar estímulos negativos, assim as pessoas podem ter tendência para evitar relações mais próximas com a pessoa deficiente (Moura e

Castro, 1996). Além disso, o estereótipo acontece frequentemente e as características de um tipo de deficiência são generalizadas para outras deficiências (Williams, 1994a).

O estigma é o que causa a recusa de muitas crianças brincarem com outras com deficiência, professores evitarem perguntar a alunos com deficiência sobre o que eles conseguem fazer e entidades patronais a recusarem-se a empregar uma pessoa com deficiência porque acreditam que as pessoas com deficiência são inferiores às outras pessoas. O estigma pode não ser considerado apenas como uma barreira exterior, impedindo o acesso social, económico e político às pessoas com deficiência, mas pode também funcionar como uma barreira interior, fazendo com que as pessoas com deficiência se questionem sobre o seu valor na sociedade.

As pessoas com deficiência tornaram-se mais conscientes de que elas próprias são vítimas de diferentes restrições e discriminação que têm influência tanto nas suas vidas privadas como públicas. Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a discriminação com base na deficiência designa:

«qualquer distinção, exclusão ou restrição com base na deficiência que tenha como objectivo ou efeito impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade com os outros, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais no campo político, económico, social, cultural, civil ou de qualquer outra natureza. Inclui todas as formas de discriminação, incluindo a negação de adaptações razoáveis».

(Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho: 4919)

A mesma Convenção vem, ainda, reforçar a igualdade entre as pessoas e a não discriminação da pessoa com deficiência perante a lei. Para tal garantem a sua protecção, bem como a tomada de medidas necessárias para garantir a disponibilização de adaptações essenciais (v. Figura 17).

**Figura 17. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 5.º (Igualdade e não discriminação)**

- 1 — Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante e nos termos da lei e que têm direito, sem qualquer discriminação, a igual protecção e benefício da lei.
- 2 — Os Estados Partes proíbem toda a discriminação com base na deficiência e garantem às pessoas com deficiência protecção jurídica igual e efectiva contra a discriminação de qualquer natureza.
- 3 — De modo a promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para garantir a disponibilização de adaptações razoáveis.
- 4 — As medidas específicas que são necessárias para acelerar ou alcançar a igualdade de facto das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminação nos termos da presente Convenção.

(Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho: 4920)

Goffman (1982) refere que a discriminação e a exclusão são estigmas, atributos profundamente depreciativos para muitas categorias de pessoas marcadas pela diferença das pessoas tidas como “normais”.

Associado às atitudes e aceitação está a noção de rótulo. Todos nós temos rótulos relacionados com nós próprios como, por exemplo, os rótulos que denotam uma relação (e.g. amigo, colega), enquanto outros podem-nos dar noção de um papel na sociedade (e.g. professor, aluno, director). Infelizmente os rótulos podem ser negativos e generalizados para representarem um conjunto de pessoas. As pessoas com diferenças na habilidade têm sido rotuladas de forma diferente ao longo de muitos anos, tendo como objectivo a sua exclusão das actividades quotidianas e nos serviços.

Segundo Kasser & Lytle (2005):

- Os rótulos reduzem a individualidade e ignoram a unicidade de cada pessoa, classificando as pessoas unicamente como membros de um grupo. O rótulo torna-se o principal identificador da pessoa ao invés de todas as outras possibilidades de rótulos, tais como, amigo, colega, professor, empregado.
- Os rótulos conduzem ao estereótipo sobre a habilidade ou incapacidade que, ao invés de encorajar, limitam as expectativas.
- Os rótulos são usualmente baseados na incapacidade ao invés de serem baseados na habilidade. Eles focam a sua atenção naquilo que as pessoas não conseguem fazer ao invés de se focarem naquilo que as pessoas conseguem fazer.



- Os rótulos são vistos frequentemente como permanentes, enfatizando a estabilidade ao invés da mudança.
- Os rótulos, por vezes, são usados inapropriadamente para aliviar a responsabilidade para mudar contextos ou situações que podiam permitir uma participação de sucesso para a pessoa. Pode ser mais fácil atribuir o falhanço de uma pessoa à sua deficiência, do que à falta de tempo e esforço atribuído à reflexão e revisão de planos de actividades, tendo em conta as diferenças na habilidade das pessoas.

Gliedman & Roth (1980; *Ap.* Pensaard & Sorensen, 2002) rotularam as pessoas com deficiência como o maior grupo minoritário do mundo. Vários investigadores argumentaram que como grupo minoritário, as pessoas com deficiência estão em desvantagem socialmente (e.g. Sherrill & Williams, 1996). A deficiência refere-se às diferenças nas pessoas na aparência, estrutura, função e performance percebidas como indesejáveis na sociedade (Sherrill, 1997).

O estigma apresenta um desafio para as mulheres com deficiência. Estas experienciam frequentemente uma dupla discriminação – baseada no género e na sua deficiência. Esta preocupação está igualmente presente na Convenção sobre o direito das Pessoas com Deficiência (v. Figura 18).

**Figura 18. Excertos da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Artigo 6.º (Mulheres com deficiência)**

1 - Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e raparigas com deficiência estão sujeitas a discriminações múltiplas e, a este respeito, devem tomar medidas para lhes assegurar o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

2 - Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, promoção e emancipação das mulheres com o objectivo de lhes garantir o exercício e gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais consagrados na presente Convenção.

(Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho: 4920)

Ser mulher implica ter menos oportunidades, percepções sociais de fraqueza e barreiras ligadas a segurança, auto-estima, imagem corporal e outros numerosos obstáculos específicos relacionados com o género (Anderson *et al.*, 2005). Os mesmos autores referem que as mulheres, como fazem parte de dois grupos minoritários, multiplicam as

hipóteses de menores oportunidades e experiências positivas e duplicam as hipóteses de ficarem comprometidas. Ultrapassando as barreiras de um destes grupos minoritários não implica retirar as dificuldades inerentes ao outro grupo minoritário.

Ao proporcionar às pessoas com deficiência a oportunidade de competir e mostrar as suas capacidades físicas, o desporto ajuda a reduzir os estereótipos sobre o género e percepções negativas associadas às mulheres com deficiência. Para além disso, ajuda também a reduzir todas as atitudes negativas, preconceitos, discriminação e estigma para com as pessoas com deficiência. O desporto cria um ambiente mais justo para as pessoas com deficiência, incluindo para as mulheres com deficiência, dando-lhes a confiança para prosseguir com os objectivos nas várias áreas das suas vidas com a mesma confiança e crédito nelas próprias. Contudo, são as atitudes e percepções dos outros que estão entre os principais factores que impedem as pessoas com deficiência de participarem em diversos programas de actividades (Heward, 2000; *Ap. Kasser & Lytle, 2005*).

Assim, quanto mais vezes for tratado o assunto sobre a deficiência na sociedade, mais pessoas com deficiência serão aceites.

O desporto pode ajudar a combater o estigma, preconceito e discriminação porque coloca as pessoas com deficiência numa posição em que as suas capacidades são realçadas. O focus não é sobre a deficiência mas sobre a sua capacidade e habilidade de praticar um desporto.

Os *mass media* podem desempenhar um papel muito importante no derrubar de barreiras no que concerne às pessoas com deficiência. A cobertura de eventos desportivos para pessoas com deficiência pode ajudar a criar percepções mais positivas e correctas. Por exemplo, o crescimento dos Jogos Paralímpicos contribui significativamente para aumentar o reconhecimento das pessoas com deficiência. Este evento aumentou a consciência do que as pessoas com deficiência são capazes de realizar.

Em suma, a mudança deve estar presente no interior de cada um de nós, no sentido de ultrapassar preconceitos e atitudes discriminatórias. Pois, frequentemente, nós reflectimos um conjunto de ideias pré-concebidas e muitas vezes erróneas, não procurando ver as qualidades e potencialidades das pessoas com deficiência. Todos nós, professores, educadores, pais, familiares, amigos e demais pessoas da sociedade, devemos adoptar princípios de igualdade de oportunidades, de cooperação e

colaboração, aceitando a diversidade humana e as diferenças individuais. Através da prática desportiva, as pessoas com deficiência podem ajudar a reduzir o estigma, o preconceito, o estereótipo, as atitudes negativas, a discriminação e os rótulos associados à deficiência.

### Acessibilidade

As pessoas com deficiência sentem-se muitas vezes excluídas da sociedade devido às barreiras existentes, barreiras estas que impedem a sua locomoção. Referimo-nos à falta de lugares adaptados para a sua convivência e diversão, ao transporte, à falta de adaptação nas infra-estruturas desportivas e nas escolas e à possibilidade de emprego. Para o nosso estudo torna-se relevante estudar a inacessibilidade desportiva. A questão da acessibilidade é crucial, pois ela exerce um preconceito silencioso que se traduz na exclusão das pessoas com deficiência da sociedade.

As barreiras de acessibilidade constituem um impedimento para que as pessoas tenham igual acesso e oportunidade a infra-estruturas e programas desportivos, incluindo obstáculos na comunicação, constrangimentos com transportes e limitações económicas (Kasser & Lytle, 2005).

Segundo a CIF, as barreiras são:

Factores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Estes factores incluem aspectos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.

(OMS, 2004: 188)

Para Luísa Portugal<sup>24</sup>:

Promover a acessibilidade dos edifícios e dos espaços públicos com ganhos de funcionalidade, é garantia de melhor qualidade de vida para todos os cidadãos. Garantindo autonomia, derrubando-se preconceitos e favorecendo-se práticas inclusivas para todos mas principalmente para as pessoas com deficiência, incapacidades e dificuldades na mobilidade.

(SNRIPD, 2007:7)

A Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Idália Moniz, é da opinião de que:

A promoção da acessibilidade constitui uma condição essencial para o total exercício de direitos de cidadania consagrados na Constituição Portuguesa, como o direito à Qualidade de Vida, à Liberdade de Expressão e Associação, à Informação, à Dignidade Social e à Capacidade Civil, bem como à Igualdade de Oportunidades no acesso à Educação, à Saúde, à Habitação, ao Lazer e Tempo Livre e ao Trabalho.

(SNRIPD, 2007: 5)

Pois, segundo Nuno Pereira<sup>25</sup>, as barreiras físicas podem levar à exclusão das pessoas com deficiência, um problema muito frequente:

As barreiras físicas constituem uma forma de exclusão, que reflectem as contradições contemporâneas, num tempo de luta pela superação de uma complexidade urbana, muitas vezes subversiva, presa num rendilhado de fortes descontinuidades e oposições urbanísticas.

(SNRIPD, 2007:11)

No que respeita à legislação, verificamos que o desporto foi reconhecido oficialmente pelo Conselho da Europa como um direito fundamental dos cidadãos, sendo uma meta a prosseguir pelos seus Estados membros.

---

<sup>24</sup> Luísa Portugal foi Presidente do Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD). O SNRIPD foi reestruturado dando lugar ao Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. (INR).

<sup>25</sup> Nuno Marques Pereira é o Vice-presidente do Centro de Estudos e Formação Autárquica (CEFA).

Segundo as normas sobre igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência, a acessibilidade é uma das áreas fundamentais para a igualdade de participação, assim como a educação, o emprego, a manutenção de rendimentos e segurança social, a vida familiar e a dignidade pessoal, a cultura, as actividades recreativas e o desporto e a religião (Nações Unidas, 1995).

A norma da acessibilidade diz-nos que:

Os Estados devem reconhecer a importância global das condições de acessibilidade para o processo de igualdade de oportunidades em todas as esferas da vida social. No interesse de todas as pessoas com deficiência, os Estados devem: a) iniciar programas de acção que visem tornar acessível o meio físico; b) tomar medidas que assegurem o acesso à informação e à comunicação.

(Organização das Nações Unidas, 1995: 23)

E no que concerne à norma das actividades recreativas e desporto:

Os Estados devem tomar medidas que garantam às pessoas com deficiência iguais oportunidades na prática de actividades recreativas e do desporto.

1. Os Estados devem tomar medidas que tornem os locais destinados a actividades recreativas e desportivas - tais como hotéis, praias, estádios, ginásios, etc. - acessíveis às pessoas com deficiência. Tais medidas devem contemplar o apoio de pessoal responsável por programas recreativos e desportivos, incluindo ainda projectos para desenvolvimento de métodos de acessibilidade e programas de participação, informação e formação.

3. As organizações desportivas devem ser estimuladas a desenvolver oportunidades de participação das pessoas com deficiência nas actividades desportivas. Em alguns casos, a existência de condições de acessibilidade podem por si só serem suficientes para permitir oportunidades de participação. Noutros casos, serão necessárias condições específicas e jogos especiais. Os Estados devem apoiar a participação das pessoas com deficiência em acontecimentos nacionais e internacionais.

4. As pessoas com deficiência que tomem parte em actividades desportivas devem ter acesso a uma instrução e a um treino da mesma qualidade que os outros participantes.

5. Os organizadores de actividades desportivas e recreativas devem consultar as organizações de pessoas com deficiência sempre que desejem criar serviços destinados àquelas pessoas.

(Organização das Nações Unidas, 1995: 31-32)

Por sua vez, o artigo 32.º das Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto) define o Direito à habitação e urbanismo, em que “compete ao Estado adoptar, mediante a elaboração de um plano nacional de promoção da acessibilidade, tendo em atenção os princípios do desenho universal: a) Medidas específicas necessárias para assegurar o direito à habitação da pessoa com deficiência, em articulação com as autarquias locais; b) Medidas específicas necessárias para assegurar o acesso da pessoa com deficiência, nomeadamente aos espaços interiores e exteriores, mediante a eliminação de barreiras arquitectónicas na construção, ampliação e renovação”. E segundo a mesma lei, o artigo 33.º que consagra o Direito aos transportes, em que “compete ao Estado adoptar, mediante a elaboração de um plano nacional de promoção da acessibilidade, medidas específicas necessárias para assegurar

o acesso da pessoa com deficiência, nomeadamente à circulação e utilização da rede de transportes públicos, de transportes especiais e outros meios de transporte apropriados, bem como a modalidades de apoio social”.

Segundo a Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência um dos objectivos é “a promoção de uma sociedade para todos através da eliminação de barreiras e da adopção de medidas que visem a plena participação da pessoa com deficiência” (alínea d, do artigo 3.º).

A Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto (Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro) consagra o Princípio da Universalidade e da Igualdade, no seu artigo 2.º, reforçando o direito que todos os cidadãos têm no acesso à actividade física e desportiva. Este mesmo diploma, na alínea c) do artigo 8.º, estabelece como competência do Estado “a adopção de medidas adequadas à melhoria efectiva das condições de acessibilidade, de segurança e de qualidade ambiental e sanitária das infra-estruturas e equipamentos desportivos de uso público”.

Ainda relativamente à acessibilidade, o Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto<sup>26</sup>, aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, onde se dá também importância à pessoa com deficiência (artigo 14.º).

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, também adoptada por Portugal, está salvaguardada a questão da acessibilidade (v. Figura 19).

---

<sup>26</sup> O Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto revoga o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. Este Decreto surge no desenvolvimento do regime jurídico estabelecido na Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição.

**Figura 19. Excertos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Artigo 9.º  
(Acessibilidade)**

1 - Para permitir às pessoas com deficiência viverem de modo independente e participarem plenamente em todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomam as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em condições de igualdade com os demais, ao ambiente físico, ao transporte, à informação e comunicações, incluindo as tecnologias e sistemas de informação e comunicação e a outras instalações e serviços abertos ou prestados ao público, tanto nas áreas urbanas como rurais. Estas medidas, que incluem a identificação e eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, aplicam - se, *inter alia*, a:

- a) Edifícios, estradas, transportes e outras instalações interiores e exteriores, incluindo escolas, habitações, instalações médicas e locais de trabalho;
- b) Informação, comunicações e outros serviços, incluindo serviços electrónicos e serviços de emergência.

2 — Os Estados Partes tomam, igualmente, as medidas apropriadas para:

- a) Desenvolver, promulgar e fiscalizar a implementação das normas e directrizes mínimas para a acessibilidade das instalações e serviços abertos ou prestados ao público;
- b) Assegurar que as entidades privadas que oferecem instalações e serviços que estão abertos ou que são prestados ao público têm em conta todos os aspectos de acessibilidade para pessoas com deficiência;
- c) Providenciar formação aos intervenientes nas questões de acessibilidade com que as pessoas com deficiência se deparam;
- d) Providenciar, em edifícios e outras instalações abertas ao público, sinalética em Braille e em formatos de fácil leitura e compreensão;
- e) Providenciar formas de assistência humana e ou animal à vida e intermediários, incluindo guias, leitores ou intérpretes profissionais de língua gestual, para facilitar a acessibilidade aos edifícios e outras instalações abertas ao público;
- f) Promover outras formas apropriadas de assistência e apoio a pessoas com deficiências para garantir o seu acesso à informação;
- g) Promover o acesso às pessoas com deficiência a novas tecnologias e sistemas de informação e comunicação, incluindo a Internet;
- h) Promover o desenho, desenvolvimento, produção e distribuição de tecnologias e sistemas de informação e comunicação acessíveis numa fase inicial, para que estas tecnologias e sistemas se tornem acessíveis a um custo mínimo.

Para nós a maioria das questões de inacessibilidade física passa despercebida, pois não nos deparamos com os mesmos problemas que a pessoa com deficiência, que vivencia na sua vida dificuldades que lhe restringem mobilidade. Quando a sociedade permite



que esta situação aconteça está a compactuar com a exclusão e isolamento das pessoas com deficiência da sociedade.

Assim, torna-se importante que todos nós tenhamos em linha de conta esta problemática, para que exista a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade e sem barreiras que lhe condicionem a sua participação activa, como cidadãos de plenos direitos. Pois, um dos factos mais apontado como limitador da acessibilidade da pessoa com deficiência à prática desportiva é o das barreiras arquitectónicas.

A promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática, contribuindo decisivamente para um maior reforço dos laços sociais, para uma maior participação cívica de todos aqueles que a integram e, conseqüentemente, para um crescente aprofundamento da solidariedade no Estado social de direito.

Assim, quando se proporciona à pessoa com deficiência uma melhoria na acessibilidade de espaços públicos, onde se incluem as infra-estruturas desportivas, cria-se uma melhor mobilidade, o que fomenta autonomia e independência da pessoa com deficiência, proporcionando-lhe melhorias na sua qualidade de vida.

#### **1.4.2. Qualidade de Vida**

Numa perspectiva médica, a qualidade de vida é definida como a presença *versus* a ausência de várias doenças ou sintomas (Fayers *et al.*, 1997; Ap. Giacobbi *et al.*, 2008). Uns psicólogos focam-se numa avaliação subjectiva da vida e bem-estar (Diener *et al.*, 1999), enquanto outros analisam a função comportamental, mobilidade, actividade física e indicadores sociais (Kaplan, 1994). Cada uma destas interpretações apresenta vantagens e desvantagens (Giacobbi *et al.*, 2008).

Podemos entender a qualidade de vida como o nível de funcionalidade necessário para realizar as tarefas do dia-a-dia e desempenhar papéis sociais bem como o acesso a cuidados de saúde primários. A incapacidade de realizar as tarefas do dia-a-dia e desempenhar vários papéis (por exemplo, estudante, empregado) pode ter um impacto nas expectativas, atitudes e crenças das pessoas (Giacobbi *et al.*, 2008). As avaliações subjectivas da qualidade de vida são, igualmente, importantes porque permitem às pessoas partilharem informação sobre domínios valorizados da vida,

relações, ou realizações que proporcionem satisfação e significados pessoais (Giacobbi *et al.*, 2008). Os efeitos físicos e psicológicos estão associados a comportamentos de actividade física e ligados aos vários domínios que envolvem a conceptualização e medição dos constructos da qualidade de vida (Duggan & Dijkers, 2001; Diener *et al.*, 1999; Kaplan 1994).

A AFD assume-se como um indicador de extrema importância na qualidade de vida de pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência motora são mais propícias a experienciar riscos de saúde primários e secundários associados a estilos de vida inactivos, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes e desordens emocionais, tais como, a depressão e a ansiedade (Cooper *et al.*, 1999). As pessoas com deficiência motora têm mais riscos de contraírem doenças e problemas físicos e psicológicos que podem ser reduzidos substancialmente com a participação na actividade física (Cooper *et al.*, 1999; Washburn *et al.*, 2002).

Assim, é importante focarmos a nossa atenção nas diversas evidências que demonstram qualidade de vida (por exemplo, a felicidade, o bem-estar, a satisfação com a vida), estando associadas à saúde mental e física, à felicidade no trabalho e à satisfação com as relações inter-pessoais (Diener *et al.*, 1999). Desta forma, torna-se importante compreender como os diversos grupos mantêm a sua saúde, felicidade e qualidade de vida. Contudo, são raros os estudos realizados com a população com deficiência motora (Diener *et al.*, 1999).

As pessoas que apresentam um estilo de vida activo deviam experienciar melhores estados de humor, menos stress, maior força e capacidade funcional e talvez mais satisfação nas relações sociais comparativamente aos que são menos activos. Por isso, torna-se importante apurar como as pessoas com deficiência motora, fisicamente activas, percebem a sua qualidade de vida.

Segundo Ferreira (1993), o desporto quando bem orientado contribui para melhorar a qualidade de vida da pessoa com deficiência, nomeadamente ao melhorar os padrões normais de movimento; desenvolver a autonomia motora; proporcionar alegria o movimento; constituir uma situação de sucesso perante si próprio e perante os companheiros; proporcionar o desejo normal e saudável de progredir, de fazer novas conquistas, descobrindo potencialidades e limitações; favorecer a aceitação de valores, contribuindo para o desenvolvimento da socialização; permitir uma melhoria da imagem

corporal, contribuindo para a aceitação do corpo e conseqüentemente a relação corporal e afectiva com os outros; e, por último, estimular e desenvolver a comunicação.

Ficou demonstrado que várias formas de actividade física resultam em ganhos substanciais de força e funcionalidade para pessoas com deficiência motora (Blundell *et al.*, 2003; Hicks *et al.*, 2003; Jacobs *et al.*, 2001).

Blinde & McClung (1997) entrevistaram onze mulheres e doze homens com vários tipos de deficiência motora que incluía a paralisia cerebral, a paraplegia e a distrofia muscular. O objectivo foi examinar o impacto do desporto e da actividade física recreativa nas auto-percepções dos participantes como parte de um programa de actividade física. Os resultados das entrevistas, que ocorreram durante o programa desportivo/recreativo, mostraram que os participantes obtiveram melhorias na sua saúde e auto-percepções. Muitos demonstraram estar menos restringidos e livres de barreiras nas suas vidas diárias, enquanto outros apresentaram melhorias na sua força. Muitos participantes relataram aumentar as suas interacções e experiências sociais, tais como, conhecer novas pessoas e aumentar a sua confiança nas capacidades sociais que também são elementos importantes relacionados com os constructos da qualidade de vida.

Num estudo realizado por Bent *et al.* (2001) ficou demonstrado que ter uma deficiência ou incapacidade pode limitar a participação, contudo não é necessariamente sinónimo de uma qualidade de vida pobre. A actividade física reduz a depressão, melhora as percepções da competência física e auto-eficácia na mobilidade em cadeira de rodas e contribui para um aumento da qualidade de vida (Tasiemski *et al.*, 2004). Um aumento na actividade, tais como os ganhos obtidos através da participação desportiva, pode influenciar positivamente a qualidade de vida relacionada com a saúde (Rejeski *et al.*, 1996)

Um estudo realizado por Hicks *et al.* (2003) demonstrou que um programa de actividade física, duas vezes por semana, diminui o stress, a dor e a depressão e produz melhorias no auto-conceito e na qualidade de vida em pessoas com LVM. É evidente que a população com LVM, similarmente a outra população com deficiência, pode significativamente alcançar um sentido de bem-estar subjectivo através da prática estruturada de um programa de exercício físico. Para além disso, o exercício previne o declínio da qualidade de vida depois da LVM. Segundo os mesmos autores, existem pelo menos três mecanismos que através do exercício permitem melhorar ou prevenir o declínio da qualidade de vida. Primeiro, os investigadores sugerem que as pessoas com

LVM têm dor e como o exercício induz mudanças na dor, logo apresenta mudanças na qualidade de vida. Segundo, entre as pessoas com LVM, ficou demonstrado que o exercício melhora a qualidade de vida através da melhoria do sentido de controlo e mestria que as pessoas sentem relativamente à sua funcionalidade física. Dado que os participantes experienciaram diminuição na dor e aumento na função motora, os autores consideram que estes factores contribuem, pelo menos em parte, para melhorar os parâmetros da qualidade de vida. E por último, o exercício provoca melhorias nas interações sociais o que leva a melhorias na qualidade de vida.

No estudo realizado por Giacobbi *et al.* (2008), os participantes apresentaram benefícios cognitivos, por exemplo, desenvolveram uma força mental positiva, ficando mais concentrados, na aprendizagem de novas habilidades; emocionais, por exemplo, caracterizando-se por emoções positivas (i.e. a felicidade), na diminuição de afectos negativos e stress, no divertimento e relaxamento proporcionado pelo desporto, na diminuição de atitudes relacionadas com raiva e depressão e com todas os aspectos relacionadas com o facto de se ter uma deficiência motora; comportamentais, por exemplo, no desenvolvimento de perseverança nas situações relacionadas com o dia-a-dia no trabalho, na escola, na saúde ou noutras rotinas comportamentais e na transferência da responsabilidade obtida no desporto para outras situações do dia-a-dia, para além disso, ajuda a perder a timidez e a mostrar-se mais para as outras pessoas. E nas auto-percepções, por exemplo, na melhoria do auto-conceito, da auto-estima e a identificarem-se como atletas. Na saúde física, os participantes citaram a melhoria da sua forma física a saúde física como um benefício da actividade física. Nas influências sociais, os participantes mostraram que as pessoas importantes nas suas vidas (e.g. família, amigos, pares com deficiência e profissionais da saúde) ou os motivaram a iniciar uma prática desportiva ou os motivaram a continuar na actividade desportiva. No que concerne às oportunidades sociais, os participantes incluíram as interações com os outros, serem capazes de se relacionar com outros, incluindo os pares sem deficiência, ter a oportunidade de ir para a escola, viajar. A actividade desportiva também aumenta a qualidade de vida subjectiva. Assim, neste estudo podemos concluir que os resultados mostraram que os participantes obtiveram benefícios psicológicos, melhoria na saúde física, nas influências sociais, oportunidades sociais e na qualidade de vida.

## **1.5. AUTO-ESTIMA, IMAGEM CORPORAL E ACTIVIDADE FÍSICA**

### **1.5.1. Auto-estima**

A auto-estima desempenha um papel muito importante na vida das pessoas. Face a esta importância é necessário e relevante compreender a influência que a auto-estima representa para as pessoas com deficiência, no caso do nosso estudo, com deficiência motora.

São vários os estudos que analisam a auto-estima em pessoas sem deficiência, contudo quando se trata de pessoas com deficiência a questão é bastante diferente. São poucos os estudos realizados com esta população, sendo importante a realização de um maior número de estudos, pois a auto-estima é um importante indicador de bem-estar emocional, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas com deficiência e, conseqüentemente, para a sua inclusão na sociedade.

#### **1.5.1.1. Delimitação conceptual**

A investigação do *self* tem uma longa tradição tendo-se iniciado nos finais do século passado. Combs & Snygg (1959; Ap. Marsh & Jackson, 1986) chegam a afirmar que, para a maioria dos psicólogos, o *self* é o ponto central de todo o comportamento do ser humano.

Fox (1998) afirma que, no mundo ocidental, o *self* tem-se tornado o elemento central da existência individual. Tal seria a nossa necessidade de estabelecer e projectar uma identidade única e individual, que tenderia a dominar a maior parte da nossa vida activa. Assim, a importância atribuída ao auto-conceito e à auto-estima parece derivar do facto de ser uma variável importante para explicar muitas outras variáveis psicológicas.

Nesta linha de pensamento, vários investigadores vêem a auto-estima e o auto-conceito como indicadores críticos do ajustamento à vida e ao bem-estar emocional, interferindo em outras formas de manifestação de um indivíduo sejam elas académicas, sociais ou desportivas (Marsh & Jackson, 1986). O auto-conceito e a auto-estima influenciam o modo como os indivíduos estão motivados, persistem, adquirem e

atingem os níveis de sucesso desejados nas mais diversas áreas de actividade (Weiss, 1987).

São vários os termos utilizados para fazer referência ao *self* na investigação, ao longo dos tempos. Termos como auto-conceito, auto-estima, auto-imagem, auto-avaliação, auto-julgamento e auto-confiança têm surgido na literatura. Esta grande variedade de termos e a forma como são utilizados representam um dos maiores problemas para o estudo e compreensão do *self*. Actualmente parece que se assiste a uma tendência para a utilização de dois termos: auto-conceito e auto-estima (Fox, 1998). Contudo, existem alguns autores usam de forma indistinta os termos auto-conceito e auto-estima (Fitts, 1965; *Ap. Veiga*, 1995; Korman, 1968; *Ap. Veiga*, 1995) e outros consideram que o auto-conceito e a auto-estima são termos semelhantes (Yamamoto, 1972; *Ap. Veiga*, 1995). Esta situação levou a que, em anos recentes, vários investigadores se tivessem preocupado em definir e delimitar ambos os constructos. De seguida, apresentaremos interpretações distintas apresentadas por diversos autores relativamente aos conceitos de auto-conceito e de auto-estima. Porém, focaremos maior atenção sobre a auto-estima devido à importância assumida no nosso estudo.

Vaz Serra (1986) refere que a auto-estima é a faceta mais importante do auto-conceito e corresponde à avaliação que o indivíduo faz sobre as suas próprias qualidades ou desempenhos. Refere, ainda, que a auto-estima “é a parte afectiva do auto-conceito, em que a pessoa faz julgamentos de si próprio, em que liga sentimentos de bom e de mau aos diferentes dados da sua própria identidade” (Vaz Serra, 1986: 60). Segundo o mesmo autor, o auto-conceito “é um constructo integrador que leva a reconhecer a unidade, a identidade pessoal e a coerência do comportamento de um indivíduo independentemente das influências do meio ambiente” (Vaz Serra, 1986: 57).

O auto-conceito tem uma faceta afectivo-avaliativa, geralmente designada por auto-estima (Wells & Marwell, 1976; *Ap. Veiga*, 1995), que pode ser considerada como uma atitude positiva ou negativa relativamente ao próprio sujeito (Rosenberg, 1965; *Ap. Veiga*, 1995). Rosenberg (1976; *Ap. Veiga*, 1995: 27) considera que a auto-estima é uma dimensão do auto-conceito e “é entendida como a direcção de atitude (baixa ou alta) que a pessoa tem para consigo própria”.

Weiss (1987) descreve o auto-conceito como descrições, ou etiquetas, que um indivíduo confere a si mesmo, referentes a atributos físicos, qualidades emocionais ou

características do comportamento. Para este autor, a auto-estima seria a componente avaliativa e afectiva do auto-conceito, referindo-se aos julgamentos qualitativos e às sensações que estão ligadas à descrição do *eu*.

Também Fox (1988) distingue claramente estes dois constructos. Para este autor, quando um indivíduo produz afirmações de identidade do tipo “sou estudante” ou “sou branco”, está a utilizar uma capacidade descritiva e, como tal, refere-se ao domínio do auto-conceito. Desta forma, o auto-conceito refere-se à auto-descrição de uma pessoa, à auto-descrição de competências, atributos, traços e de papéis desempenhados na vida. Por outro lado, quando um indivíduo produz afirmações como “sou o melhor corredor da minha turma”, fala de auto-estima, entendida como a avaliação do *self*. Assim, a auto-estima poderia ser considerada como um elemento avaliativo do auto-conceito, em que os indivíduos formulam um julgamento do seu próprio valor. Em termos específicos, o auto-conceito é o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias.

O auto-conceito é amplo e inclui aspectos cognitivo, afectivo e de comportamento. A auto-estima, por outro lado, é vista como um estreito componente avaliativo do *eu* (Byrne, 1996). A distinção entre auto-conceito e auto-estima é vital, como o facto de recorrerem a processos diferentes do eu que podem ter efeitos diferentes no bem-estar geral e no comportamento do indivíduo. Neste contexto, o auto-conceito pode, ao nível individual, ser visto como um componente descritivo ou cognitivo (i.e. “Quem sou eu?”), enquanto a auto-estima é avaliativa da componente afectiva, respondendo à pergunta “Como me sinto em relação a quem eu sou?” (Campbell *et al.*, 1996).

Para Leal (1989: 144), a auto-estima “exprime um valor que o sujeito concede ou atribui a si próprio”.

Battle (1992; *Ap.* Keith & Bracken, 1996) define a auto-estima como a percepção que o sujeito tem sobre o seu próprio valor, que, quando é firme, positivo e estável, tende a resistir às possíveis mudanças.

A auto-estima de um sujeito refere-se aos sentimentos valorativos que este elabora acerca de si próprio (Pereira, 1991; *Ap.* Castelo-Branco & Pereira, 2001). Assim, a auto-estima pode ser considerada a componente avaliativa do auto-conceito, pois diz respeito ao modo como cada um se avalia ou sente em relação a si próprio (Ferreira *et al.*, 1996; *Ap.* Pedro & Peixoto, 2006).

Para Diener & Diener (1995), a auto-estima é associada a qualidades positivas como a estabilidade emocional, forma de lidar com o stress, felicidade e satisfação de vida.

Para Leith (1998), a auto-estima é uma componente mais emocional e avaliativa, podendo ser entendida como o grau em que os indivíduos se sentem positivos sobre si mesmos e, quando vista sobre esta perspectiva, é considerada um julgamento pessoal do valor do indivíduo.

Harter (1999) refere-se à auto-estima como um constructo dotado de carácter avaliativo, descritivo e susceptível de desenvolvimento. Para este autor, a auto-estima é muito mais extensa que o auto-conceito, uma vez que se constitui como uma avaliação do grau de satisfação do indivíduo com ele próprio, tendo em consideração a informação vinda de vários contextos. A auto-estima refere-se pois à discrepância entre o *self* actual e o *self* ideal e a adequação do desempenho nos domínios em que o indivíduo considera importante ter sucesso (Harter, 1999).

Também neste sentido, Fox (1997a) considera que a auto-estima é um constructo que fornece uma avaliação global do grau em que o indivíduo se percebe como sendo uma boa pessoa, sendo que esta é determinada por critérios individuais e considerados importantes. Na perspectiva do mesmo autor (1998), a auto-estima é geralmente vista como um conceito avaliativo global e relativamente estável, que reflecte o grau positivo em que o indivíduo se sente bem consigo próprio. Ainda segundo Fox (1997b), a auto-estima é mesmo um dos constructos mais utilizados na Psicologia, sendo considerado, por vários autores, como o melhor indicador de bem-estar.

A auto-estima é um constructo que sumaria os julgamentos acerca das diferentes facetas do *self* (Buckworth & Dishman, 2002). Berger *et al.* (2002) apontam que a auto-estima é mais uma reacção emocional ou afectiva, uma vez que reflecte uma avaliação de “quem se é”; é o sentido de *self-worth* relativamente a cada um dos componentes do auto-conceito.

De igual modo, Castelo-Branco & Pereira (2001) apresentam a auto-estima como um importante e fiável indicador de um bom/mau ajustamento pessoal, elevado/reduzido desempenho na aprendizagem, na realização cognitiva e no bem-estar em geral.

Resumidamente, a auto-estima é uma avaliação emocional das dimensões do auto-conceito, possuindo auto-percepções negativas ou positivas acerca do seu



comportamento e acerca dos sentimentos e os julgamentos que os outros realizam acerca desses mesmos comportamentos e sentimentos (Ferreira, 2004).

Para Buckworth & Dishman (2002), a auto-estima é influenciada pelas características demográficas, o corpo físico, dinâmicas psicossociais e pelo ambiente cultural e social. Assim, os mesmos autores consideram que, para se compreender a auto-estima, deve-se considerar a cultura dominante e a interiorização dos valores e ideais referentes a essa cultura. Por exemplo, se o ideal da cultura inclui um corpo magro e se o indivíduo apresenta uma elevada percentagem de gordura, a auto-estima física será baixa. Se a cultura dominante eleva a família e as relações sociais acima da aparência física e outros componentes do auto-conceito físico, o tamanho do corpo terá menos influência na auto-estima.

### **1.5.1.2. Auto-estima e conceitos associados**

#### Auto-estima e idade

A auto-estima está relacionada com aspectos e experiências pelas quais as pessoas passam ao longo da vida. Desta forma, podemos inferir que a auto-estima variará consoante as várias fases da sua vida e depende das experiências vividas e do seu estado de maturação. Apesar de o nosso estudo se centrar nas pessoas com deficiência, são poucos os estudos realizados com esta população.

Numa primeira fase, o auto-conceito da criança começa a ser formado no seio familiar. Posteriormente, e quando a criança vai para a escola, a interacção com os pares e outros agentes exteriores à família também contribuem para a formação do auto-conceito. Nesta fase, a criança com deficiência apercebe-se de que é diferente das outras crianças, o que pode afectar o seu auto-conceito (Sherrill, 1993).

À medida que as crianças maturam e se tornam adolescentes, a sua auto-estima torna-se diferenciada, ou seja, os vários domínios tornam-se menos relacionados entre si. Complementarmente, o auto-conceito e a auto-estima vão-se desenvolvendo com base num processo de comparação social (Bernardo & Matos, 2003). O progresso de um estágio de vida para outro pode afectar o auto-conceito, porque as crianças têm que enfrentar novas expectativas sociais e ajustá-las às suas mudanças físicas (ex. puberdade) e às suas capacidades (Sherrill, 1993).

O desenvolvimento e a manutenção da auto-confiança de uma auto-estima positiva são factores importantes a desenvolver na vida de qualquer jovem, incluindo os que têm deficiência (Stein, 2003).

Um estudo realizado por Shieman & Campbell (2001) revelou uma associação negativa entre auto-estima e idade, com perda de noção de valor de si próprio pelo surgimento de mudanças importantes na vida.

### Auto-estima e deficiência

A forma como o indivíduo se auto-percepciona pode depender não só do objectivo que pretende atingir mas também da comparação com as expectativas culturais e sociais do meio envolvente (Ferreira, 2004). Sherrill (1997) sintetiza que a sociedade influencia a construção da identidade e da auto-estima de pessoas com deficiência através de normas, atitudes, crenças e medidas políticas. Para a mesma autora a auto-estima é afectada pela idade do aparecimento da deficiência, a natureza da deficiência, o género, as crenças dos familiares e pares e atitudes da sociedade perante a deficiência (Sherrill, 1997). Sherrill & Tripp (2004) acrescentam, ainda, que a idade do aparecimento da deficiência e a gravidade da deficiência são os factores que exercem uma influência mais significativa sobre as auto-percepções.

Contudo para Williams (1994a, 1994b), em termos de desenvolvimento das auto-percepções, as pessoas com deficiência são frequentemente consideradas como recipientes passivos do sistema de crenças e valores sociais relativos à deficiência.

Segundo Sherrill (1997), tradicionalmente existem quatro princípios que se encontram por detrás da génese da auto-estima:

- 1) A Aprovação é experienciada no contexto de atitudes sociais e comportamentos ambíguos que se confundem com a discriminação, a estigmatização, a estereotipização, a marginalização e super-protecção;
- 2) A Comparação Social é mais complexa para as pessoas com deficiência do que para as pessoas sem deficiência, no sentido em que os seus julgamentos se baseiam na comparação com os pares com e sem deficiência e variam de acordo com o contexto em que estão inseridos (segregados, parcialmente integrados, plenamente integrados);

- 3) A Auto-Atribuição consiste na aprovação cognitiva do *self* com base nos sucessos e fracassos passados, podendo sofrer desequilíbrios quando os fracassos excedem os sucessos e/ou o esforço dispendido não é compatível com os resultados obtidos;
- 4) A Centralidade Psicológica refere-se ao ordenamento hierárquico dos muitos domínios do auto-conceito (e.g. atlético, social, académico) que pode ser bloqueado por mecanismos defensivos.

Existem descritos na literatura mecanismos-chave de extrema importância para o desenvolvimento das auto-percepções, especificamente da auto-estima de pessoas com deficiência: o clima de mestria motivacional, o crescimento pela adversidade e os mecanismos de defesa e de negação (Sherrill, 1997).

O clima de mestria motivacional é um conceito bastante utilizado na prática com pessoas com deficiência e mede o sucesso em função de critérios como esforço pessoal, melhoria no desempenho e não somente em ganhar ou ter melhor desempenho que os seus pares (Sherrill & Tripp, 2004). A adversidade parece promover o desenvolvimento de mecanismos adaptativos internos que permitem lidar com adversidade e construir uma identidade bastante forte (Sherrill, 1997). A força é obtida pela necessidade de lidar com problemas inerentes à deficiência pode ser generalizada para outras áreas da sua vida como o aumento do locus de controlo interno e da auto-confiança e pode explicar o motivo pelo qual, por vezes, as pessoas com deficiência obtêm valores altos de auto-estima (Sherrill, 1990; *Ap.* Sherrill, 1997). Os mecanismos de defesa e negação são ainda outras formas de tentar preservar a auto-estima (Sherrill, 1997).

Dunham e Dunham (1987) referiram que as limitações visíveis e perceptíveis das pessoas com deficiência física dificultam o seu envolvimento em experiências de vida social que, conseqüentemente, afectam as interacções sociais. Assim, estas pessoas podem apresentar auto-conceitos físicos e sociais negativos.

Através de um dos seus estudos, Hopper (1986) revelou que existia uma relação entre auto-estima, gravidade de deficiência e a idade em que o indivíduo, praticante de um desporto em cadeira de rodas, adquiria a incapacidade. Este autor chegou à conclusão de que quanto menos grave fosse a incapacidade física, mais elevada era a auto-estima do indivíduo. Por sua vez, quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada era a auto-estima do indivíduo. Confirmando-se, igualmente, no estudo realizado por Skordilis *et al.* (2006), em que as pessoas com deficiência

congénita geralmente apresentam um maior traço de ansiedade, e menor mestria, auto-estima, e bem-estar psicológico do que as pessoas com deficiência adquirida. Campbell (1995) analisou as diferenças do bem-estar psicológico de atletas em cadeira de rodas com deficiência congénita e com deficiência adquirida, onde ficou demonstrado que o grupo de atletas com deficiência motora adquirida possuía um nível mais elevado de auto-estima relativamente ao grupo de atletas com deficiência motora congénita. Esta é uma perspectiva que contradiz a hipótese de “crescer através das adversidades” (Glueckauf & Quittner, 1984; *Ap.* Campbell, 1995; Sherrill *et al.*, 1990; *Ap.* Campbell, 1995), que considera que os indivíduos com disfunções adquiridas mais tarde na vida têm de desenvolver melhores *skills* de superação conseguindo, desta forma, atingir níveis de auto-estima superiores.

Contrariamente, para Sherrill (1993), as pessoas que adquirem a deficiência após a nascença apresentam auto-percepções mais baixas do que as pessoas com deficiência física congénita, pois as pessoas que adquirem a deficiência têm que aprender a viver com o *self* alterado (Horgan & MacLachlan, 2004; *Ap.* Sousa *et al.*, 2009). O facto de os indivíduos com deficiência congénita nunca terem percebido outra realidade a nível motor, se não aquela que vivem, obriga-os a aprender, desde cedo, a lidar com as dificuldades impostas pelo mundo e a sociedade conseguindo, deste modo, superar psicologicamente as disfunções adquiridas, realçando assim o seu bem-estar psicológico.

As auto-percepções variam de acordo com um número de factores pessoais, tais como, o género e o tipo de deficiência (Sherrill, 1993). Um estudo realizado por Taleporos & McCabe (2005) demonstrou que os praticantes com deficiência motora mais severa apresentavam níveis de auto-estima mais baixos do que os praticantes com deficiência motora menos severa.

No caso específico das pessoas com deficiência, existem dois domínios do auto-conceito que são particularmente difíceis de contestar: as percepções relativas às competências físicas – Auto-conceito físico e as competências sociais – Auto-conceito social (Blinde & McClung, 1997). Deste modo, encontram frequentemente dificuldades no desenvolvimento de auto-percepções positivas, quer no que diz respeito às suas competências físicas, quer relativamente às suas competências sociais (Nixon, 1984; *Ap.* Blinde & McClung, 1997; Phillips, 1985; *Ap.* Blinde & McClung, 1997; Frank, 1988; *Ap.* Blinde & McClung, 1997). Estas auto-percepções negativas podem ter origem numa

inúmera variedade de fontes, as quais incluem experiências de socialização, número restrito de oportunidades e rotulação social das pessoas com deficiência (Brasile, 1990). Tais experiências manifestam-se habitualmente através de respostas sociais tais como a segregação, a desvalorização, a estigmatização e a discriminação relativamente a este grupo de pessoas (Crocker, 1993; Sherrill, 1986). No estudo realizado por Blinde & McClung (1997) concluiu-se que os participantes em actividades recreacionais elevaram as percepções do *self* físico e social, incluindo um aumento da percepção de confiança em adoptar actividades físicas. Os jovens com deficiência física também obtiveram vários benefícios psicológicos em participar numa actividade física ou desporto.

Estudos realizados por Taleporos e McCabe (2001) sugerem que o *feedback* do ambiente social é um poderoso mediador da auto-estima em pessoas com deficiência motora. Estes autores vêm reforçar a ideia de que as auto-percepções desenvolvem-se através de um processo contínuo de interacção social, pois as pessoas tomam consciência de quem são e de como são vistas como indivíduos, através de interacções que estabelecem no quotidiano com outras pessoas. O conhecimento da identidade individual é construído com base nas definições, nas ideias e nos valores que os outros têm de nós próprios. Neste estudo, foi realizado o impacto da deficiência física na auto-estima corporal e estes concluíram que a deficiência física pode exercer uma influência adversa sobre os sentimentos relativos à atracção física e sexual, e também fortes sentimentos negativos face ao corpo em consequência da vergonha, do desconforto, da falta de aceitação face à deficiência, do desejo de esconder a deficiência, bem como do descontentamento e stress do próprio corpo.

Pensa-se que a deficiência motora tem um impacto negativo nas auto-percepções (Taleporos & McCabe, 2002, 2005). Como resultado da perda de funcionalidade ou estrutura corporal, as pessoas com deficiência que são visivelmente diferentes desenvolvem auto-percepções mais pobres sobre a sua competência e aparência física, uma auto-estima mais baixa e uma imagem corporal negativa (Rumsey & Harcourt, 2004). Esta população tem que enfrentar maiores desafios no *self* e auto-estima corporal devido ao ambiente social onde se valoriza a performance física, a beleza e atracção (Cash, 2004; Ap. Sit *et al.*, 2009).

## Auto-estima e satisfação com a vida

São várias as características que fazem a auto-estima a outros constructos das auto-percepções muito relevantes para a saúde (Fox, 2000b):

- A auto-estima é aceite como um indicador chave na estabilidade e ajustamento nas necessidades da vida. Uma auto-estima elevada tem sido relacionada com qualidades positivas como a satisfação com a vida, ajustamento social positivo, independência, adaptabilidade, liderança, combate ao stress, e níveis elevados de alcance no trabalho e educação (Fox, 2000b). Assim a auto-estima surgiu como um dos indicadores mais fortes do bem-estar subjectivo (Diener, 1984) e, conseqüentemente, é um elemento importante do bem-estar mental e qualidade de vida.
- A auto-estima e as auto-percepções estão intimamente implicadas com a escolha e persistência de comportamentos relacionados com a saúde (Fox, 2000b).
- Uma auto-estima mais baixa está relacionada com doenças mentais e ausência de bem-estar mental. Frequentemente acompanha a depressão, a ansiedade, neuroses, tendência para o suicídio, sentido de desânimo, falta de assertividade e um controlo pessoal percebido baixo (Fox, 2000b).

Para Vasconcelos-Raposo (2004) os indivíduos com elevados níveis de auto-estima desenvolvem a sua responsabilidade e contribuem para o bem-estar da sociedade. Uma auto-estima elevada é considerada um resultado importante em domínios múltiplos, tais como, académicos, desportivos e psico-terapêuticos (Fox, 2000b), e está associada à estabilidade emocional e ajustes às exigências da vida (Sonstroem, 1997a), assim, como bem-estar, felicidade, satisfação, combate ao stress (Diener & Diener, 1995), comportamentos saudáveis (Torres & Fernandez, 1995).

Por outro lado, Campbell e Lavalley (1993; *Ap. Pedro & Peixoto, 2006*) alertam para os efeitos nefastos que uma baixa auto-estima pode ter no funcionamento social do sujeito. Efectivamente, são os sujeitos com baixa auto-estima que geralmente são mais dependentes, mais susceptíveis aos sinais externos e mais reactivos ao ambiente social.

No mesmo sentido, Blaine e Crocker (1993; *Ap. Pedro & Peixoto, 2006*) revelam que indivíduos com baixa auto-estima mobilizam-se no sentido de evitar a todo o custo o fracasso, a rejeição, preocupando-se principalmente com a sua protecção, enquanto sujeitos com elevada auto-estima procuram antes a sua valorização. Tice (1993; *Ap.*

Pedro & Peixoto, 2006) vem explicar que as pessoas com baixa auto-estima desejam tanto o sucesso como qualquer outro sujeito, mas, no entanto, cognitivamente continuam a esperar o fracasso, daí a sua procura constante na protecção da sua (frágil) auto-estima. Uma auto-estima baixa está relacionada com doenças mentais e psicopatologias, como a depressão e a ansiedade (Watson *et al.*, 2002) e, desordens alimentares (Polivy & Herman, 2002). Pessoas com baixos níveis de auto-estima são improdutivas e envolvem-se em comportamentos anti-sociais (Vasconcelos-Raposo, 2004).

Um estudo comparativo entre deficientes que praticavam desporto com um grupo de deficientes não atletas mostrou que o primeiro grupo apresentou níveis mais altos de auto-estima, nomeadamente de felicidade e de satisfação com a vida (Valliant *et al.*, 1985; *Ap.* Willis & Campbell, 1992).

Assim, uma pessoa com uma auto-estima positiva acredita em si mesma e na sua capacidade de tomar decisões e está apta para enfrentar os obstáculos e situações que vão aparecendo ao longo da vida e, para além disso, enfrenta os desafios e problemas resultantes das adversidades do quotidiano.

### Auto-estima e actividade física

A auto-estima foi identificada como uma variável de grande potencial para reflectir os benefícios psicológicos provenientes da prática regular de exercício (Folkins & Simes, 1981, Hughes, 1994, Sonstroem & Morgan, 1989; *Ap.* Leith, 1994; Rosenberg, 1985; *Ap.* McAuley, 1993), sendo um indicador central para o bem-estar e saúde mental (Buckworth & Dishman, 2002).

Sonstroem (1988) verificou que o aumento significativo da auto-estima se deve à participação desportiva, através da revisão de dezasseis estudos que testavam em pessoas sem deficiência o facto de a auto-estima ser promovida pelo exercício.

Existe uma associação positiva entre o exercício e a auto-estima, contudo os efeitos são mais fortes em indivíduos que inicialmente apresentaram uma auto-estima mais baixa (Buckworth & Dishman, 2002).

Os indivíduos envolvidos numa competição desportiva apresentam valores médios mais elevados de auto-estima do que os indivíduos que não praticam uma competição desportiva formal (Kamal *et al.*, 1995). Os benefícios da actividade física

podem ser de várias dimensões, não só na auto-estima, mas também ao nível da personalidade, da confiança, da imagem corporal e do ajustamento social induzido e alterações no comportamento (Kamal *et al.*, 1995).

A prática regular de actividade física parece constituir um meio privilegiado de melhorar o auto-conceito em várias dimensões, muito particularmente na dimensão física, conduzindo a uma melhoria da imagem corporal e da auto-estima física, bem como a um maior ajustamento e adaptação aos contextos de vida (Falsom-Meek, 1991; Marsh, 1993; Melnick & Moorkerjee, 1991; Mota & Cruz, 1998).

O carácter mediático da prática de actividade física, a aceitação social e a mistura de desafio, relaxamento, cooperação e construção que a mesma envolve contribuem para a melhoria do bem-estar físico e psicológico, aumentando a possibilidade de experimentar sucessos e de aprender a lidar com os fracassos, aprofundando o conhecimento acerca de si mesmo, das suas potencialidades e dos seus limites (Faria & Silva, 2000).

Assim, a melhoria do auto-conceito físico, proporcionada pela prática de actividade física, pode contribuir para a mudança pessoal em dimensões físicas e sociais, bem como auto-estima global, para além de promover explicações mais adaptativas para os fracassos (a factores externos) e para os sucessos (a factores internos) nos domínios físicos (Marsh & Jackson, 1986), facilitando a concretização de objectivos e a persistência nestes domínios.

Segundo alguns autores (e.g. Sherrill, 1986; Blinde & McClung, 1997), o DA é a melhor forma de potenciar as capacidades da pessoa com deficiência, uma vez que a participação na actividade desportiva fornece ao indivíduo um contexto que permite desenvolver as suas percepções, bem como nos domínios físico e social, pois o indivíduo interage com os outros, construindo uma biografia individual e social. De uma forma geral, o desporto parece oferecer oportunidades positivas para o desenvolvimento da auto-estima e o contexto desportivo parece ser bastante importante para examinar o processo de construção social da identidade de uma pessoa com deficiência. No entanto, é necessária a construção de instrumentos mais sofisticados (Sherrill, 1997). Berger *et al.* (2002) acrescentam que a prática de exercício influencia as auto-percepções porque fornece ao indivíduo informações acerca de quem ele é do ponto de vista físico.



A participação num desporto ou actividade física serve como uma oposição a auto-percepções negativas, tais como imagem corporal e auto-estima, dando ênfase às habilidades físicas e libertação do corpo e, além disso, conduz a uma forma de lidar com o estigma (Taub *et al.*, 1999). As pessoas sem deficiência percebem as pessoas com deficiência como dependentes e incapazes de tomarem conta delas próprias (Pensgaard & Sorensen, 2002). Por esta razão, as pessoas com deficiência podem ser levadas a aumentar a auto-estima e demonstrar autonomia através da participação numa actividade física.

Pelo facto de o corpo ser um mecanismo através do qual esta actividade se manifesta, a participação poderá afectar o auto-conceito físico (Greenwood *et al.*, 1990). Num estudo realizado por Greenwood *et al.* (1990) concluiu-se que os praticantes de ténis em cadeira de rodas apresentavam estados mais positivos do que os indivíduos em cadeira de rodas não praticantes. Igualmente, nos estudos realizados por Hutzler & Bar-Eli (1993; *Ap.* Sherrill, 1997), concluiu-se que a participação desportiva provoca melhorias na auto-estima e os praticantes com deficiência apresentam resultados mais elevados de auto-estima do que pessoas com deficiência não praticantes, justificando-se esta percepção positiva devido à riqueza das experiências sociais a que o praticante desportivo está sujeito durante o processo de treino e em todo o envolvimento do fenómeno desportivo (Batista, 2000).

Como referem Adnan *et al.* (2001; *Ap.* Sherrill & Tripp, 2004), as pessoas com deficiência que praticam desporto possuem níveis mais elevados de auto-estima do que as pessoas com deficiência não praticantes. No entanto esta relação não é muito clara, uma vez que não é claro se é a prática desportiva que promove a auto-estima ou se os níveis elevados de auto-estima são o elemento motivador para a prática desportiva. O mesmo sucedeu num estudo realizado por Sherrill (1993), em que as pessoas deficientes que praticam desporto apresentam valores mais altos de auto-conceito relativamente aos indivíduos sem deficiência que não praticam desporto.

Estudos anteriores demonstraram uma associação próxima entre a participação numa actividade física e as auto-percepções de pessoas com deficiência (e.g. Uchida *et al.*, 2005; Wetterhahn *et al.*, 2002; Yuen & Hanson, 2002), com níveis mais elevados de satisfação corporal e auto-estima resultantes da participação no desporto e actividade física. Baseados em pesquisas e estudos sobre o auto-conceito, Hutzler e Bar-Eli (1993) concluíram que houve modificações significativas nos níveis de auto-conceito das

peças com deficiência, após terem participado em programas desportivos. Um estudo realizado por Goodwin *et al.* (2004) sugere que as peças com deficiência podem aumentar a sua auto-estima através da participação numa actividade física.

Sherrill & Tripp (2004) sintetizam que inúmeros estudos revelam mudanças positivas no auto-conceito de peças com deficiência que participam em actividade física.

Segundo Fox (2000a), um aumento claro da auto-estima não é um produto automático da aplicação de programas de exercício, no entanto pode ocorrer com certos regimes de exercício e com certas peças, dependendo da importância atribuída ao exercício por essas mesmas peças. Nem todo o tipo de exercício promove mudanças ao nível das auto-percepções. Dos vários estudos realizados, alguns autores defendem que o exercício aeróbio e o treino de pesos, em períodos de doze semanas, parecem ser os mais eficazes (Leith, 1994; Bernardo & Matos, 2003).

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

- a actividade física pode ser usada como meio para promover a auto-valorização física e outras percepções importantes no domínio físico, tais como, a imagem corporal (78% dos estudos indicam alterações significativas);
- em algumas situações verifica-se um aumento da auto-estima, no entanto, metade dos estudos não demonstram alterações. Uma melhoria da auto-estima não é o resultado automático dos programas de exercício físico, apesar de poderem ocorrer em algumas peças sujeitas a exercício físico;
- os efeitos positivos podem ser experienciados por todos os grupos etários, mas existem alterações mais evidentes nas crianças e adultos de média idade;
- os efeitos positivos podem ser experienciados por indivíduos de ambos os géneros;
- os efeitos são provavelmente maiores em indivíduos com baixa auto-estima;
- vários tipos de exercício são efectivos em alterar as auto-percepções, mas existe um suporte mais evidente nos exercícios aeróbios e exercícios de perda de peso. Estes últimos indicando maior efectividade num curto tempo.

## **1.5.2. Imagem Corporal**

Segundo Homem (1998: 4), “o corpo tem sido uma forma de simbolizar os nossos valores, a nossa cultura e a nossa identidade através de conceitos de beleza próprios, subordinados a cada momento, a cada povo ou a cada estrato social”.

Nas culturas ocidentais, os discursos dominantes sobre a imagem corporal baseiam-se na atracção física, na juventude, e na ausência de incapacidade física ou deformidade, o que enfatiza a “beleza do corpo” ofuscando os seus atributos pessoais (Taub *et al.*, 1999). É provável que a importância dada ao corpo tenha um impacto negativo sobre as pessoas com deficiência. De facto, há evidências que sugerem que as atitudes para com as pessoas com deficiência motora são geralmente negativas, simplistas e discriminativas (Arbour *et al.*, 2007).

A imagem corporal em pessoas com deficiência é uma área importante de investigação, ainda assim tem recebido pouca atenção por parte de investigação (Taleporos & McCabe, 2002), considerando que desempenha um papel importante na vida das pessoas com deficiência.

### **1.5.2.1. Delimitação conceptual**

O conceito de imagem corporal é entendido pelos vários autores de uma forma diversificada. Assim, segundo Schilder (1935; *Ap.* Batista, 1995: 24) “a imagem corporal é a pintura dos nossos corpos formada nas nossas mentes, ou a maneira como os nossos corpos aparecem para nós mesmos”. Para Teal & Athelstan (1975; *Ap.* Taleporos & McCabe, 2002) a imagem corporal é definida como uma experiência psicológica que se foca nos sentimentos e atitudes que as pessoas têm pelo seu corpo. Smith (1984; *Ap.* Taleporos & McCabe, 2002) argumentou que a imagem corporal inclui tanto sentimentos conscientes como inconscientes e que podem estar relacionados com o tamanho, funcionalidade, aparência e potencial do corpo de cada um.

Cash & Brown (1989) referem que a imagem corporal é uma idealização multidimensional defendida por percepções e atitudes (afectivas, cognitivas e comportamentais) que o indivíduo possui em relação ao seu próprio corpo.

Segundo Cash (1990), a imagem corporal refere-se a uma experiência psicológica multifacetada que engloba, especialmente, mas não só, a aparência física.

Cash & Pruzinski (1990) referem-se em mais do que uma ocasião que imagem corporal são imagens corporais. Inclui o corpo relacionado com as auto-percepções e atitudes, incluindo pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos (Cash, 2004).

Fox (1997a) refere-se a este conceito como uma representação mental do seu corpo. Segundo Davies (1997), a imagem corporal tem sido descrita como uma representação mental solta do corpo e, como tal, pode intimamente apontar para o modo como os outros nos vêem, ou pode ser completamente diferente desta impressão.

Tal como refere Slade (1994; *Ap. Taleporos & McCabe, 2002*), a imagem corporal é uma representação mental da forma e tamanho do corpo influenciado por uma variedade de factores históricos, culturais e sociais, individuais e biológicos, que operam sobre as diversas situações da vida.

No nosso estudo, o conceito de imagem corporal é o que está associado à satisfação com o seu próprio corpo.

### **1.5.2.2. Imagem corporal e conceitos associados**

#### Imagem corporal e deficiência

Segundo Cromer *et al.* (1990), os adolescentes com deficiência motora apresentam resultados mais baixos na auto-estima do que do que os seus pares sem deficiência. Outro estudo realizado com mais de 3000 adolescentes e adultos mais novos mostrou que os participantes com doenças crónicas apresentaram uma imagem corporal mais baixa do que os seus pares sem deficiência (Wolman *et al.*, 1994).

Um estudo realizado com 47 adultos masculinos, com LVM, realçou o impacto negativo que a deficiência motora tem sobre a imagem corporal (Romeo *et al.* 1993). Sucedendo igualmente num estudo realizado por Taleporos & McCabe (2002) em que, para cada participante, viver com deficiência motora tinha impacto nas suas experiências psicológicas, sentimentos e atitudes com os seus corpos. Num dado momento da sua vida, a imagem corporal representou uma séria luta para cada indivíduo, onde as atitudes sociais negativas sobre as suas diferenças físicas acabavam por ser interiorizadas. Nas suas histórias permaneceram sentimentos de incapacidade física e desatracção. Neste estudo, os participantes também referiram que estes sentimentos negativos foram resultado dos feedbacks do ambiente.

## Imagem corporal e actividade física

É ponto assente que as mudanças corporais resultantes da prática da actividade física podem melhorar a imagem corporal que cada indivíduo possui e, assim, promover e aumentar os níveis de auto-conceito (Weinberg & Gold, 1995; *Ap. Cruz et al.*, 1996).

O desporto para pessoas com deficiência foi descrito como um elemento que ajuda ao desenvolvimento do auto-conceito e autonomia, facilitando a inclusão social e a percepção corporal pessoais (Taub *et al.*, 1999). Considerando o impacto que a participação desportiva tem na forma como as pessoas com deficiência experienciam os seus corpos e nas percepções das suas características físicas (Blinde & McClung, 1997), torna-se importante perceber como as pessoas com deficiência motora percebem a sua imagem corporal.

A participação desportiva para os lesados vértebro-medulares encoraja o ajustamento psicossocial da lesão, reduz a depressão e melhora a auto-imagem (Jacobs *et al.*, 1990, Madorsky & Madorsky, 1983, Monnazzi, 1982; *Ap. Tasiemski et al.*, 2004).

Blinde & McClung (1997) concluíram que a participação em desportos individuais tinha um impacto no *self* físico em homens e mulheres com deficiência motora de quatro formas: (a) experienciaram os seus corpos de uma nova forma, (b) as percepções sobre as características físicas foram melhoradas, (c) a participação redefiniu a sua capacidade física e (d) aumentou a sua confiança sobre a participação em novas actividades físicas. O mesmo sucedeu num estudo realizado por Sousa *et al.* (2009). A participação numa actividade desportiva revelou uma maior satisfação e aceitação da sua condição física (Sousa *et al.*, 2009). Desta forma, o desporto pode ser uma forma de ajudar na percepção corporal da pessoa a aumentar a auto-estima e imagem corporal e a facilitar uma maior aceitação da deficiência.

Yuen and Hanson (2002) examinaram a relação entre os níveis de actividade física e a imagem corporal em adultos com e sem deficiência motora. Neste estudo concluíram que adultos com deficiência motora, fisicamente activos, davam mais importância à aparência física e à condição física e apresentaram resultados mais elevados na avaliação da saúde e satisfação corporal comparativamente a adultos com deficiência motora não activos, sugerindo um efeito positivo do exercício na imagem corporal. Foram obtidos resultados similares num estudo realizado por Wetterhahn *et al.*

(2002), que concluiu existir uma associação positiva entre a participação na actividade física e imagem corporal.

## **1.6. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA, OBJECTO DE ESTUDO E HIPÓTESES**

As atitudes assumidas pelas pessoas face à deficiência têm vindo a sofrer muitas alterações ao longo da história da humanidade, podendo-se afirmar que estamos a caminhar no bom sentido para que as pessoas com deficiência gozem os mesmos direitos que a restante população e que sejam aceites por todas as pessoas. Assim, hoje deveríamos estar a viver no período da inclusão, um período onde a sociedade se deve adaptar às pessoas com deficiência e aplaudir as suas diferenças e diversidades como forma de construir uma sociedade mais humana, onde todos são iguais.

Contudo, para chegarmos ao período da inclusão, as pessoas com deficiência passaram por períodos muito críticos e muito injustos que puseram em causa a sua vida, incluindo a sua sobrevivência. Inicialmente viveram o período da separação, praticado por duas vias: a aniquilação e a veneração. Na aniquilação as pessoas sem condições de sobrevivência eram eliminadas ou aniquilados enquanto na veneração as pessoas com deficiência, como é o caso dos cegos, eram divinizados. Posteriormente, na Idade Média, começou-se a proteger as pessoas com deficiência, criando-se asilos, hospitais e hospícios para estas pessoas, vivendo-se o período da protecção. Seguiu-se, por volta do século XVIII, a emancipação, onde se começa a falar da educação especial e do início da legislação para estas pessoas. No século XIX, deu-se uma mudança radical na filosofia da educação especial e da reabilitação devido ao número de pessoas feridas que ficaram deficientes na I e II Grandes Guerras, bem como a depressão económica e opiniões crescentes que a segregação era anti-natural, começando a viver-se no período da integração. Foi nesta fase, que se assistiu à proclamação do direito das pessoas com deficiência à educação, ao desporto e ao trabalho.

Hoje assiste-se a vários debates sobre qual o verdadeiro período no qual vivemos, se no período da integração ou no período da inclusão. Relembramos que a Declaração de Salamanca, de 1994, marca o início do período da inclusão e que até aos dias de hoje passaram-se 16 anos.

Também como os vários períodos que as pessoas com deficiência têm atravessado, igualmente as definições que envolvem o conceito de deficiência apresentam variações ao longo do tempo, uma vez que este conceito é dotado de um carácter histórico, pelo que não pode ser estático nem imutável. Assim, procura-se um conceito de deficiência igual para todos os países e desprovido de várias conotações negativas, muitas vezes preconceituosas. No entanto, apesar do conceito de deficiência estar constantemente a ser alterado, as atitudes das pessoas em relação às pessoas com deficiência vão sofrendo pequenas mudanças ao longo do tempo.

Muitas destas atitudes estão carregadas de preconceito e discriminação e põem, muitas vezes, em causa a inclusão das pessoas com deficiência levando à exclusão e ao isolamento da sociedade. À parte das atitudes das pessoas sem deficiência, as pessoas com deficiência ainda têm de enfrentar lutas pessoais sobre o seu valor na sociedade, e, muitas vezes, arranjar forma de se auto-valorizarem e apresentarem uma auto-estima e imagem corporal positivas.

O desporto surge como um meio de incluir a pessoa com deficiência na sociedade e, através dele, mudar o sentimento e atitudes das pessoas sem deficiência, para que estas consigam valorizar a diferença, a diversidade e dar importância às capacidades das pessoas com deficiência, em detrimento das suas incapacidades. Para além disso, o desporto surge como a oportunidade para aumentar a auto-estima e auto-confiança necessárias para mudar e valorizar as suas vidas e para decidir sobre o que fazer, sem não nos esquecermos que o desporto melhora a qualidade de vida das pessoas, pois, conseqüentemente, muda vários aspectos subjectivos na vida desta população (Ferreira, 1993; Blinde & McClung, 1997; Tasiemski *et al.*, 2004; Rejeski *et al.*, 1996; Hicks *et al.*, 2003; Giacobbi *et al.*, 2008).

Dando seguimento a esta linha de investigação, definiu-se como objecto de estudo, que **a prática desportiva do Basquetebol em cadeira de rodas se apresenta para os atletas como um meio de afirmação e inclusão social, de melhoria da sua qualidade de vida e de aquisição de um conjunto de valências recorrentes no quotidiano, ainda que estes encontrem obstáculos à sua acessibilidade.** Ou seja, com esta investigação pretende-se conhecer como os praticantes de BCR se encontram incluídos na sociedade, se consideram que esta prática desportiva contribui para uma melhoria da qualidade de vida, condição física e interacções sociais, se apresentam uma auto-estima e imagem corporal positiva, bem como um maior reconhecimento social, e

ainda se sentem atitudes negativas ou obstáculos que possam pôr em causa a sua inclusão na sociedade.

Tendo em linha de conta o nosso objecto de estudo, traçámos três hipóteses. A primeira pretende investigar se os praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas apresentam uma auto-estima e uma representação positiva de inclusão social e se consideram que este desporto lhes incrementa a sociabilidade e contribui para o reconhecimento do seu valor. Como pressuposto, consideramos que esta realidade variaria segundo a deficiência motora e o período de aquisição, independentemente da idade e do grupo social (HIPÓTESE 1). Pretendemos também saber, se a maioria dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas afirma estar satisfeita com a sua imagem corporal e dá grande importância à prática de BCR e à condição física que este lhes proporciona, sendo que a prática deste desporto contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, independentemente da idade, do grupo social e do tipo de deficiência (HIPÓTESE 2). Por último, interrogámo-nos, se a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva com o BCR, se apresentou uma regularidade de prática ao longo do tempo, sendo que actualmente com uma elevada intensidade e frequência, encontrando-se satisfeita com o desempenho dos profissionais, apesar de insatisfeita com a acessibilidade às infra-estruturas para a prática desportiva do Basquetebol em cadeira de rodas, em particular as barreiras arquitectónicas e a falta de apoio financeiro e logístico, independentemente da idade e do tipo de deficiência (HIPÓTESE 3).





## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**





## II. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos que serviram de orientação na realização da presente investigação. Assim, serão descritos os procedimentos utilizados na identificação do modelo de análise e os métodos e técnicas de recolha e tratamento de informação.

### 2.1. MODELO DE ANÁLISE

Como foi definido no capítulo anterior, a nossa investigação pretende aprofundar a realidade nacional sobre a inclusão social dos praticantes de BCR realizada através do DA bem como os obstáculos que esta população encontra na sua prática desportiva.

De modo a operacionalizar as hipóteses desta investigação, com vista à sua verificação, definimos três dimensões desagregadas em variáveis e indicadores, de acordo com Quivy & Campenhoudt (1992), estando presentes no quadro 6.

Numa primeira dimensão analisámos os *Valores e Hábitos de Cultura Físico-desportiva*, definindo duas variáveis de investigação, sendo a primeira Percurso desportivo do atleta e a segunda Cultura físico-desportiva.

A segunda dimensão, intitulada *Inclusão Social*, desagrega-se em três variáveis que designámos de Dinâmicas de interacção social, Formas de discriminação percebidas pelos atletas e Auto-estima.

A terceira dimensão diz respeito às *Valências Físicas*, que desagregámos em três variáveis: Imagem corporal, Condição física e Qualidade de vida.

No que concerne à quarta dimensão de análise, *Obstáculos na Acessibilidade à Prática Desportiva*, definimos três variáveis de investigação: Barreiras arquitectónicas, Desempenho dos profissionais de desporto e Apoios financeiros.

E, por fim, a quinta dimensão diz respeito ao *Perfil*, que se desagrega em nove variáveis identificadas como o Género, Idade, Habilitações literárias, Estado civil, Pessoas com quem vive, Tipo de deficiência, Natureza da deficiência, Grupo social e Clube.

**Quadro 6. Dimensões, Variáveis e Indicadores**

Dimensões	Variáveis	Indicadores	Questão	
D1 Valores e Hábitos da Cultura Físico-desportiva	1.1. Percurso desportivo do atleta	1.1.1. Idade do início da prática desportiva	12	
		1.1.2. BCR como primeira modalidade	13	
		1.1.3. Modalidades praticadas	14	
		1.1.4. Regularidade no tempo	15	
		1.1.5. Razões para a interrupção	16	
		1.1.6. Frequência	3	
		1.1.7. Intensidade	4	
		1.1.8. Tempo de prática de BCR	6	
		1.1.9. Outra prática desportiva em cadeira de rodas	7 – 9	
		1.1.10. Local de prática desportiva do BCR	10	
		1.1.11. Indicadores COMPASS	2,3,5	
1.2. Cultura físico-desportiva	1.2.1. Importância da prática desportiva	1		
	1.2.2. Regularidade da prática desportiva	2		
	1.2.3. Razões da prática desportiva	11		
D2 Inclusão Social	2.1. Dinâmicas de interação social	2.1.1. Reconhecimento social	17, 18	
		2.1.2. Sociabilidade no BCR	19	
	2.2. Formas de discriminação percebidas pelos atletas	2.2.1. Preconceitos	20	
		2.2.2. Indiferença		
		2.2.3. Comportamentos de segregação		
		2.2.4. Atitudes discriminatórias		
		2.2.5. Obstáculos psicológicos		
		2.2.6. Estereótipo		
	2.3. Auto – estima	2.2.7. Exclusão	21	
		2.2.8. Estigmatização		
2.3.1. Auto-confiança				
2.3.2. Auto-depreciação				
D3 Valências Físicas	3.1. Imagem corporal	3.1.1. Auto-representação corporal	22	
		3.2. Condição física	3.2.1. Grau de importância do BCR	23
			3.3. Qualidade de vida	3.3.1. Importância da modalidade na melhoria da qualidade de vida
D4 Obstáculos na Acessibilidade à Prática Desportiva	4.1. Barreiras arquitectónicas	4.1.1. Grau de satisfação	25	
		4.2. Desempenho dos profissionais de desporto	4.2.1. Grau de satisfação	26
	4.3. Apoios financeiros		4.3.1. Ao Clube	27
		4.3.2. Despesas dos atletas	28	
		4.3.3. Subsídio aos atletas	29	
	D5 Perfil	5.1. Género	5.1.1. Masculino	30
5.1.2. Feminino				
5.2. Idade		5.2.1. Menos de 18 anos	31	
		5.2.2. 18 – 30 anos		
		5.2.3. 31 – 40 anos		
		5.2.4. 41 – 50 anos		
		5.2.5. 51 – 60 anos		
5.2.5. Mais de 61 anos				

	5.3. Habilitações literárias	5.3.1. Analfabeto/sabe ler e escrever 5.3.2. Instrução primária/Ciclo preparatório 5.3.3. 5.º ano liceal (9.º ano actual) 5.3.4. 7.º ano liceal (11.º/12.º ano actual) 5.3.5. Curso médio/Politécnico 5.3.6. Licenciatura 5.3.7. Pós-graduação 5.3.8. Mestrado 5.3.9. Doutoramento	32
	5.4. Estado civil	5.4.1. Solteiro 5.4.2. Casado 5.4.3. Separado/ Divorciado 5.4.4. Viúvo 5.4.5. União de facto	33
	5.5. Pessoas com quem vive	5.5.1. Sozinho(a) 5.5.2. Com o cônjuge 5.5.3. Com os pais ou familiares 5.5.4. Com filhos ou jovens a seu cargo 5.5.5. Com o cônjuge e filho(s) 5.5.6. Outro	34
	5.6. Tipo de deficiência	5.6.1. Poliomielite 5.6.2. Paraplegia 5.6.3. Spina bífida 5.6.4. Amputação 5.6.5. Outra	35
	5.7. Natureza da Deficiência	5.7.1. Congénita 5.7.2. Tempo em que é portadora	36 37
	5.8. Grupo Social	5.8.1. Condições perante o trabalho 5.8.2. Profissão 5.8.3. Situação na profissão	38 39 – 42 43 – 45
	5.9. Clube	5.9.1. ADM – Barcelos 5.9.2. APD – Braga 5.9.3. APD – Leiria 5.9.4. APD – Lisboa 5.9.5. APD – Paredes 5.9.6. APD – Porto 5.9.7. APD – Sintra 5.9.8. APD – Clube Basket de Quarteira “Tubarões” 5.9.9. Clube Desportivo “Os Especiais” 5.9.10. CTM – Centro de Treinos Vila Pouca de Aguiar 5.9.11. GDD – Alcoitão	46

### 2.1.1. Tipologia dos Grupos Sociais

O grupo social, que constitui uma variável independente nas nossas duas primeiras hipóteses formuladas para esta investigação, encontra-se desagregado nos seguintes indicadores: “Condições perante o trabalho”, “Profissão” e “Situação na profissão”. Desta forma, o grupo social foi elaborado a partir do modelo utilizado por Marivoet (2001: 158-159), no estudo intitulado “*Hábitos Desportivos da População Portuguesa*”.

Como o questionário utilizado nesta investigação é diferente do utilizado pela autora supracitada, houve a necessidade de alterar e ajustar o número das questões, de acordo com a ordem do inquérito elaborado para esta investigação. Assim, procedeu-se à codificação da questão 38 (P38) do inquérito por questionário (Anexo I), respeitante à actividade profissional, utilizando os códigos da Tabela das Actividades Profissionais (v. Tabela 3, no Anexo 2), utilizada por Marivoet (2001:158-159). Partindo da Tipologia dos Grupos Sociais utilizada por esta autora e através da codificação das questões 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 e 45 (P38, P39, P40, P41, P42, P43, P44 e P45), adquirimos uma tipologia em tudo idêntica ao modelo utilizada pela autora, como se pode verificar no Quadro 7<sup>27</sup>.

**Quadro 7. Tipologia dos grupos sociais**

<b>Empresários e Quadros Superiores (EQS)</b>	
<b>EQS = (Grandes Empresários + Quadros Dirigentes Superiores)</b>	
Grandes Empresários (GE)	(P43=01 P44=02 P45=02)
Quadros Dirigentes e superiores (QDS)	{(P39=02 P39=03) [(P43=02) (P43=01 P44=01) (P43=01 P44=02 P45=02) ]}
<b>Serviços de Enquadramento e Execução (SEE)</b>	
<b>SEE = (Pequenos Proprietários + Qualificados dos Serviços + Trabalhadores de execução)</b>	
Pequenos Proprietários (PP)	{(P39=01 P39=04 P39=05 P39=06 P39=07 P39=08 P39=09) [(P44=01) (P44=02 P45=02)]}
Qualificados dos Serviços (QS)	[(P39=04 P39=05) (P43=02)]
Trabalhadores de Execução (TE)	(P39=06 P43=02)
<b>Profissionais da Industria (PI)</b>	
<b>PI = Operariado</b>	
Operariado (O)	(P39=07 P43=02)
<b>Trabalhadores Agrícolas e Pescas (TAGP)</b>	
<b>TAGP = (Trabalhadores Agrícolas e Pescadores)</b>	
Trabalhadores Agrícolas (TAG)	(P39=08 P43=02)
Pescadores (P)	(P39=09 P43=02)

<sup>27</sup> Pelo facto de serem pouco frequentados na nossa amostra, juntaram-se os grupos PI (Operariado) e TAGP (Trabalhadores Agrícolas e Pescadores), formando para efeito de análise o grupo PIAP. Desta forma já podemos retirar resultados e fazer comparações válidas entre todos os grupos sociais.

## **2.2. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO**

Após a realização do enquadramento teórico, onde recolhemos o contributo de vários autores que se debruçaram sobre esta temática para posteriormente definirmos o nosso objecto de estudo e, conseqüentemente, as hipóteses de estudo, iremos passar à fase de elaboração do instrumento de recolha de informação.

Assim, como instrumento de recolha de informação escolhemos o inquérito sociográfico, sendo o questionário construído de modo a medir os indicadores do Modelo de Análise Desagregado (v. Quadro 6, na p. 122 e 123). A elaboração deste inquérito é uma fase fundamental, uma vez que permitirá auferir informação que nos permita, com rigor e através de uma técnica quantitativa, compreender e retirar conclusões acerca das hipóteses em estudo (Ghiglione & Matalon, 1993).

O inquérito por questionário integra-se entre os métodos e técnicas com mais produtividade na investigação. Este faz parte do método quantitativo, caracterizando-se por um carácter descritivo, pois permite uma exposição dos dados relativos às variáveis em estudo bem como as relações existentes entre elas.

### **2.2.1. Instrumento de Medida: o Inquérito Sociográfico**

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

Após a construção da primeira versão do questionário foi realizado um pré-teste com a equipa da Associação Portuguesa de Deficientes (APD) – Leiria, por motivos de uma maior proximidade relativamente às outras equipas do Campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de rodas. Foram preenchidos dez questionários e posteriormente procedeu-se à alteração de pequenas incorrecções ou pormenores considerados indispensáveis para o nosso estudo.

Desta forma, a versão final do questionário (*cf.* Anexo I) é composta por quarenta e seis perguntas numeradas com sequência numérica que se subdivide em seis



grupos: Valores e hábitos de cultura físico-desportiva; Percurso desportivo do atleta (Passado desportivo); Inclusão social; Valências físicas e sociais; Obstáculos na acessibilidade à prática desportiva; Dados de caracterização. Sendo de referir que se salvaguardou o anonimato dos inquiridos bem como a confidencialidade de todos os dados.

Assim, o primeiro grupo descreve perguntas relacionadas com a intensidade, frequência, âmbito, importância dada à prática desportiva e com as razões da prática do BCR.

No que concerne ao segundo grupo - Percurso desportivo do atleta (passado desportivo), as perguntas prendem-se com o início da prática desportiva, se o BCR foi a primeira modalidade praticada e como foi o passado desportivo dos praticantes de BCR.

Outro grupo fundamental no nosso estudo é a inclusão social. Assim as perguntas se focam com as dinâmicas de interação social, nomeadamente o reconhecimento social, a sociabilidade no BCR, as formas de discriminação percebidas pelos atletas e a auto-estima, em que foi utilizado o *Self-Esteem Scale* (RSE) desenvolvido por Rosenberg, em 1965.

Relativamente ao quarto grupo - Valências físicas e sociais, as perguntas referem-se à imagem corporal, ao grau de importância atribuído à condição física e às melhorias na qualidade de vida proporcionadas por esta prática desportiva.

No quinto grupo do nosso questionário, intitulado Obstáculos na acessibilidade à prática desportiva, as perguntas referem-se ao grau de satisfação face às infra-estruturas onde praticam BCR (balneários, bar, arruamentos, acessos, WC's, portas, escadas e pisos), ao desempenho dos profissionais de desporto, à opinião que manifestam sobre os apoios financeiros para o DA, às despesas mensais provenientes desta prática desportiva e se recebem um subsídio do clube que contribua para as suas despesas mensais.

E, por último, o sexto grupo, que nos permite caracterizar a nossa amostra, neste caso, os praticantes de BCR a nível nacional.

## Avaliação da Auto-estima

Para a avaliação da auto-estima foi utilizado o *Self-Esteem Scale* (RSE), desenvolvido por Rosenberg, em 1965, que resulta numa tentativa de alcançar uma medida unidimensional para a auto-estima global. A versão portuguesa utilizada foi a traduzida e adaptada por José Ferreira (2001).

O Teste de Rosenberg (1965) é uma escala de dez questões que apresenta quatro respostas de escolha: (1) Concordo Plenamente, (2) Concordo, (3) Discordo e (4) Discordo Plenamente.

Destas dez questões, 5 são consideradas como indicadores de atitudes positivas (Auto-confiança) e os outros 5 são considerados como indicadores de atitudes negativas (Auto-depreciação). De forma a evitar a resposta direccionada e para não induzir o indivíduo em erro durante o seu preenchimento, as questões positivas e negativas foram dispostas aleatoriamente.

Para os itens 1, 3, 4, 7 e 10 (de Auto-confiança) a codificação em termos estatísticos é: Concordo Plenamente = 4, Concordo = 3, Discordo = 2 e Discordo Plenamente = 1. Em relação aos itens 2, 5, 6, 8 e 10 (de Auto-depreciação) a codificação em termos estatísticos é: Concordo Plenamente = 1, Concordo = 2, Discordo = 3 e Discordo Plenamente = 4.

Para se obter o valor total relativo à auto-estima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos itens, de acordo com uma escala que varia entre os 10 e 40 pontos. De salientar que quanto maior for o resultado final obtido, mais elevado será o nível de auto-estima global de cada indivíduo e vice-versa.

É importante salientar que nesta escala a auto-estima global é reflexo de um indivíduo que se sente bem, isto é, sente-se uma pessoa igual às outras e não, necessariamente, superior às restantes, reflectindo uma avaliação global do indivíduo acerca de si próprio (Abrantes, 1998).

Assim, podemos concluir que o Teste de Rosenberg é uma escala composta por 10 itens com o objectivo de examinar a auto-estima das pessoas. Os itens são cotados numa escala de 4 pontos, em que a pontuação mais alta indica uma auto-estima mais elevada. Estudos anteriores demonstraram uma consistência interna elevada e elevada confiança (e.g. Robins *et al.*, 2001; Ap. Sit *et al.*, 2009). Para além disso, a Escala de Auto-estima de Rosenberg já foi utilizada para medir a auto-estima de pessoas com

deficiência motora (Dunn, 1996; Manuel *et al.*, 2003; Oaksford *et al.*, 2005; Taleporos & McCabe, 2005; Sit *et al.*, 2009; Martin, 1999).

### **2.2.2. Procedimentos na Aplicação do Inquérito Sociográfico**

Para aplicar os inquéritos sociográficos foi realizado um primeiro contacto, via telefone, com a Associação Nacional de Desporto para Deficientes Motores (ANDDEMOT), para pedir informações sobre o Campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de rodas, nomeadamente o número de equipas participantes e o quadro competitivo, bem como um pedido de autorização para aplicação dos inquéritos sociográficos. Posteriormente, este contacto foi formalizado via e-mail.

As respectivas equipas foram contactadas de forma a proceder à aplicação dos respectivos inquéritos. O procedimento foi feito de acordo com a disponibilidade das equipas, bem como o melhor local e forma para responderem aos inquéritos.

Para o presente estudo tivemos o apoio de todos os treinadores/dirigentes na aplicação dos inquéritos. Esta aplicação ocorreu entre os meses de Maio e Junho do ano de 2008. Os questionários foram aplicados, sempre que foi possível, nos dias de realização dos jogos, pois nestes dias reunia-se um número superior de praticantes. Na sua aplicação foi-lhes explicado o âmbito e objectivo do estudo e reforçado o anonimato e confidencialidade de dados e respondidas a eventuais dúvidas que pudessem surgir no decorrer do seu preenchimento. No final, foi agradecido a todos a sua colaboração.

Para a nossa investigação foram entregues 110 questionários, sendo que foram respondidos 80. Apenas não foram entregues questionários à Associação de Deficientes Motores (ADM) de Barcelos.

### **2.2.3. Análise e Tratamento de Dados**

Após a recolha de dados, obtidos através da aplicação dos inquéritos aos praticantes de BCR durante o Campeonato Nacional de BCR, no final da época de 2007/2008, e a construção das grelhas de codificação das respostas abertas de acordo com as respostas dos inquiridos, a informação foi tratada em computador, utilizando o programa informático de estatística *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 13 for Windows*, criando-se uma base de dados com todas as respostas às questões do

questionário. Posteriormente foram elaborados os quadros de apuramento (v. Anexo III) que serviram de base à criação de tabelas e gráficos em *Excel*, permitindo-nos discutir as hipóteses, como podemos ver no Capítulo IV.



**CAPÍTULO III – CARACTERIZAÇÃO DO BASQUETEBOL  
EM CADEIRA DE RODAS (BCR)**

---



### **III. CARACTERIZAÇÃO DO BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS (BCR)**

O início do BCR deu-se pouco tempo depois da II Guerra Mundial devido ao elevado número de feridos resultantes desta guerra. Existem dados que apontam o começo desta modalidade, inicialmente como forma de reabilitação, tanto nos Estados Unidos como no Reino Unido.

Nos EUA, a modalidade foi criada pelos veteranos da II Guerra Mundial em 1945, após terem sofrido lesões permanentes, enquanto em Inglaterra, na cidade de Aylesbury, o neurologista Sir Ludwig Guttmann<sup>28</sup>, a pedido do governo inglês, criou o Centro Nacional de Lesionados Medulares no Hospital de Stoke Mandeville com o intuito de tratar pacientes com lesões medulares vítimas da II Guerra Mundial.

No início a prática do BCR tinha como função a reabilitação, um tempo mais tarde esta prática foi considerada como complementar ao processo de reabilitação, dando-se importância à recreação e ocupação de tempos livres.

Em 1948, realizaram-se os primeiros Jogos de Stoke Mandeville com a presença de 16 atletas veteranos de guerra.

#### **3.1. O BCR NOS JOGOS PARALÍMPICOS**

O BCR é uma das mais populares modalidades dos Jogos Paralímpicos. Como temos vindo a referir, o BCR destina-se a atletas, que, devido às suas deficiências físico-motoras, não estão possibilitados de praticar a modalidade de Basquetebol, ou seja, de jogarem de pé. A modalidade é praticada por atletas de ambos os sexos, com deficiência permanente nos membros inferiores, sendo jogado por duas equipas, com 5 jogadores cada.

Como vimos, o BCR foi introduzido no programa dos Jogos Paralímpicos de Roma, em 1960, a primeira edição dos Jogos Paralímpicos. O termo «Jogos Paralímpicos» só viria a ser aprovado mais tarde, em 1984, pelo Comité Olímpico Internacional (COI).

---

<sup>28</sup> Sir Ludwig Guttmann nasceu na Alemanha em 1899, formou-se como médico em 1923, na especialidade de neurologia. Passado uma década ficou conhecido como um dos melhores neurocirurgiões da Alemanha. Contudo a década de 1930 foi muito complicada para os judeus na Alemanha levando a que fugisse da sua terra natal para o Reino Unido.



Os primeiros jogos foram marcados por alguns problemas a nível de acessibilidades, visto que estes jogos eram apenas para atletas com deficiências motoras e que se deslocavam em cadeira de rodas.

Os Jogos de 1960 alcançaram um grande sucesso, o que permitiu a realização dos Jogos novamente no mesmo local dos Jogos Olímpicos que teriam lugar em 1964, em Tóquio. Entre 1960 e 1964 continuaram-se a realizar os Jogos de Stoke Mandeville, que continuaram a chamar a atenção de várias pessoas de outras partes do mundo. Os fundos para a realização dos Jogos Paralímpicos de 1964 foram angariados através de donativos de inúmeras organizações do sector privado e público da economia japonesa.

Os Jogos Paralímpicos contaram com a presença de 375 atletas (307 homens e 68 mulheres) em representação de 21 países. A delegação mais numerosa veio da Grã-Bretanha, com 70 atletas, seguida da delegação dos EUA, com 66 atletas.

Nos Jogos de 1968, para grande surpresa de Guttmann, o Governo Mexicano não permitiu a realização dos Jogos Paralímpicos na cidade de Tel Aviv, onde teriam lugar os Jogos Olímpicos. Contudo, Guttmann não quis romper com a tradição e aceitou realizar os Jogos Internacionais de Stoke Mandeville, de 1968, em Ramat Gan, perto de Tel Aviv. A oferta de Israel para ser o país anfitrião dos jogos partiu do seu desejo de marcar as celebrações do XX Aniversário da Independência. Nestes jogos participaram 750 atletas de 29 países. O programa desportivo foi alargado comparativamente com os jogos de 1964. Foram introduzidas novas modalidades, entre elas, o Basquetebol feminino.

A quarta edição dos Jogos Paralímpicos teve lugar em Heidelberg, em 1972. Inicialmente estava prevista a realização dos Jogos na mesma cidade dos Jogos Olímpicos de Verão, em Munique, após o encerramento dos mesmos. Contudo, quando os Jogos terminaram, a aldeia olímpica foi fechada e convertida num condomínio privado. A Associação Alemã de Desporto para Deficientes, que tinha ficado encarregue do alojamento de 1000 atletas previsto, não conseguiu providenciar alojamento adequado para tantos atletas. A cidade de Heidelberg ofereceu-se, convidando os organizadores a realizar os Jogos no Instituto de Educação Física da Universidade, onde posteriormente se vieram a realizar os jogos. Participaram cerca de 1004 atletas de 41 países. Nestes jogos também houve a inclusão de atletas com outros tipos de deficiência – a deficiência visual –, que realizaram uma demonstração do Goalball.

No âmbito do desporto para pessoas com deficiência, Portugal tem apenas participado nos Jogos Paralímpicos de Verão. Esta foi a primeira edição em que Portugal participou nos Jogos Paralímpicos, com a presença de uma equipa masculina de BCR.

Contudo, após o 25 de Abril de 1974 houve um período de interrupção, voltando a participar novamente nos Jogos de 1984, 12 anos depois.

Os V Jogos Paralímpicos de Toronto, em 1976, trouxeram novos desafios para a organização devido à participação de atletas com deficiência visual, para além de atletas com deficiência motora. Pela primeira vez, participaram 271 atletas amputados e 187 atletas com deficiência visual. Os Jogos Paralímpicos estavam em ascensão e, pela primeira vez, a cobertura televisiva foi transmitida diariamente para mais de 600 mil espectadores, no Sul do Ontário. Juntamente com a entrada de uma nova deficiência iniciaram-se também novas modalidades.

Em 1980, os Jogos Olímpicos foram disputados em Moscovo, enquanto os Jogos Paralímpicos foram disputados em Arnhem, na Holanda. Participaram um total de 1973 atletas, dos quais 1055 eram atletas em cadeira de rodas, 452 eram atletas amputados, 341 eram atletas visuais e 125 eram atletas com paralisia cerebral. Os atletas com paralisia cerebral participaram pela primeira vez neste grande evento.

Estes jogos permitiram consolidar, pela primeira vez e num único evento, os programas desportivos dos quatro principais grupos de atletas com deficiência, representados pelas respectivas federações desportivas internacionais. Também foi criado o Comité Coordenador Internacional (ICC), em que está representada cada uma das federações. No final da década de 80, viria a surgir o Comité Paralímpico Internacional (CPI ou IPC – *International Paralympic Committee*) como órgão regulador dos Jogos Paralímpicos.

À semelhança do que aconteceu em 1968, 1972 e 1980, os Jogos Paralímpicos de 1984 não foram realizados nas mesmas instalações do que os Jogos Olímpicos. Os Jogos Paralímpicos de 1984 foram realizados na Europa e na América do norte, em Stoke Mandeville e Nova Iorque, respectivamente. Inicialmente estava previsto que os quatro tipos de deficiência competissem juntos nos EUA. Os atletas em cadeira de rodas realizaram os Jogos em Stoke Mandeville, enquanto os atletas com deficiência visual, paralisia cerebral e *Les autres* realizaram os jogos em Nova Iorque. Foi a maior cobertura jornalística realizada até à data. Nestes Jogos, Portugal teve a sua segunda

participação, com 15 atletas de paralisia cerebral, entre os quais duas mulheres. Há a realçar que Portugal conquistou 14 medalhas, sendo 4 de ouro, 3 de prata e 7 de bronze.

A partir de 1988, os Jogos Paralímpicos foram sempre realizados nas mesmas cidades que os Jogos Olímpicos. Os VIII Jogos Paralímpicos de Seul foram os maiores e melhor organizados até esta data, pois tinham melhores instalações, visto que lhes foi dada a oportunidade de competirem em instalações construídas e planeadas anteriormente, quer para os Jogos Olímpicos, quer para os Jogos Paralímpicos. Os Jogos continuavam a ganhar credibilidade à medida que a imposição de regras continuava a ser mais rigorosa, nomeadamente no número de participantes mínimo em prova. Participaram 3053 atletas em representação de 61 países. Nestes jogos, Portugal participou apenas com uma comitiva de atletas com paralisia cerebral, à semelhança dos últimos jogos Paralímpicos. A comitiva era constituída por 13 atletas que no final conseguiram conquistar 12 medalhas, entre as quais, 3 de ouro, 4 de prata e 5 de bronze.

Em 1992, os Jogos foram realizados na cidade de Barcelona, onde participaram 3020 atletas e 1000 preparadores físicos, treinadores oficiais e organizadores, em representação de 82 países. Os estádios estiveram lotados para assistir aos jogos de BCR e Voleibol. No caso de Portugal, os atletas portadores de deficiência visual e locomotora iniciaram as suas participações nestes Jogos. Foram as primeiras participações portuguesas sob a responsabilidade da Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes, antes sob a responsabilidade da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC). Nestes Jogos, Portugal participou com atletas com deficiência visual, paralisia cerebral, amputados e *Les autres*, com um total de 28 atletas, conseguindo conquistar 9 medalhas, sendo 3 de ouro, 3 de prata e 3 de bronze.

Os Jogos Paralímpicos continuavam a crescer, desta vez foi a vez de participarem atletas com deficiência intelectual, em provas de demonstração, nos X Jogos Paralímpicos de Atlanta, em 1996. No total participaram 3195 atletas (2415 do sexo masculino e 780 do sexo feminino) e 1717 delegados, em representação de 103 países. Estes Jogos foram também os primeiros a atrair o patrocínio de grandes grupos empresariais internacionais. Portugal participou com uma comitiva de 35 atletas.

A XI edição dos Jogos Paralímpicos ocorreu em Sidney, em 2000. Pela primeira vez, os atletas Olímpicos conviveram na mesma aldeia olímpica e partilharam os mesmos serviços de restauração, de cuidados médicos, instalações e outras comodidades com os atletas Paralímpicos. Atingiu-se mais uma vez um novo recorde de 122 países e

123 delegações, incluindo atletas independentes de Timor de Leste. Os Jogos Paralímpicos de Atlanta, em 1996, tiveram a participação de 103 países, enquanto os Jogos de 1992, em Barcelona, de 82 países. Nestes jogos participaram 3824 atletas. E, mais uma vez, foi atingido um novo recorde, foram vendidos cerca de 1,2 milhões de bilhetes, ou seja, mais que o dobro dos bilhetes vendidos nos Jogos Paralímpicos de Atlanta, realizados em 1996 (500 mil). Os Jogos foram cobertos no local por aproximadamente 2300 representantes da comunicação social e difundidos na *Web*. Também a comitiva portuguesa continuava a crescer passando para 53 atletas em sete desportos. Neste ano, Portugal participou no BCR.

Como podemos verificar, o Desporto Paralímpico precisou de lutar bastante contra problemas administrativos dos vários países anfitriões dos Jogos Paralímpicos, em quatro eventos os Jogos foram disputados em diferentes cidades das dos Jogos Olímpicos. Somente em Seul, em 1988, se chegou ao formato actualmente utilizado, em que as Olimpíadas e as Paralimpíadas são praticamente o mesmo evento. Ao longo destas décadas os atletas paralímpicos tem conquistado o seu lugar.

Em Atlanta, no ano de 1996, foi estabelecido um recorde de participação com 3145 atletas de 103 países. Em 2000, nos Jogos Paralímpicos de Sidney, este número foi superado com a participação de 122 países. Novos recordes aconteceram nos Jogos Paralímpicos de Atenas, em 2004, em que cerca de 3500 atletas de 144 países estiveram presentes, em 19 modalidades desportivas. Uma das grandes iniciativas nesta edição foi a adopção de um comité organizador único, que teve a responsabilidade de coordenar as acções dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos. Pela primeira vez na história os Jogos Olímpicos e Paralímpicos de Verão são organizados pelo mesmo comité organizador, fazendo parte do mesmo evento.

Assim, a integração entre o desporto olímpico e paralímpico é tão grande que a organização que se candidate a sediar as olimpíadas tem como encargo obrigatório a organização do desporto para atletas com deficiência. Este reconhecimento proporcionou um salto ainda maior para o desporto paralímpico, sem nunca esquecer que os atletas paralímpicos têm os mesmos direitos que os atletas olímpicos e, portanto, devem-lhes ser dadas as mesmas oportunidades.

Novos recordes aconteceram novamente nos XIII Jogos Paralímpicos de 2008 realizados em Pequim, na China. Esta edição contou com cerca de 4000 atletas de 148 países participantes, em 20 modalidades desportivas.

Além do aumento incrível do número de atletas desde a I edição dos Jogos Paralímpicos, muita coisa evoluiu no desporto para pessoas com deficiência até aos últimos Jogos Paralímpicos, em 2008. Para além disso, o desporto para pessoas com deficiência deixou de ser amador e passou a ser uma actividade profissional dos atletas de alto rendimento.

A tecnologia também passou a desempenhar um papel muito importante no Desporto Paralímpico. Se em 1960 apenas podiam participar atletas em cadeira de rodas, hoje podem participar atletas com os mais variados tipos de deficiência, nas 20 modalidades disputadas.

Presentemente, os Jogos Paralímpicos alcançaram tanta notoriedade, e neste caso merecida, que são o maior evento do mundo logo a seguir aos Jogos Olímpicos.

### **3.2. ASPECTOS TÉCNICOS DO BCR**

Quando se fala em desporto para pessoas com deficiência motora, como é o caso do BCR, a classificação funcional torna-se num procedimento essencial para uma competição mais justa e equilibrada. Assim, o sistema de classificação funcional utilizado por este desporto foi criado visando as condições de movimento de cada atleta, dando oportunidade àqueles que tem a sua mobilidade comprometida de uma forma significativa para que estes também tenham um espaço garantido na prática desta modalidade a nível competitivo. Para Sherrill (1984; *Ap. Varela, 1991*) mais importante do que qualquer outro princípio que governa o mundo do desporto para atletas com deficiência é o da classificação das suas habilidades para assegurar a igualdade na competição.

Nas competições desportivas organizadas para cidadãos deficientes, para além das regras de jogo, acrescenta-se um sistema de classificação complexo que tenta agrupar os atletas por deficiência por níveis de capacidade, catalogando as suas habilidades, de forma a assegurar a igualdade na competição (Varela, 1991).

É a partir dos sistemas de classificação que se tem procurado equiparar o potencial físico de cada equipa, ou seja, estes sistemas de classificação asseguram que os jogadores com ausência ou limitação do membro superior ou movimentos do tronco tenham a mesma oportunidade de jogar e que as habilidades técnicas dos jogadores e as

estratégias das equipas sejam os factores determinantes de sucesso em competição e não os “movimentos físicos do atleta” (IWBF, 2001a).

Numa primeira fase a classificação era assente na avaliação médica, contudo tornou-se ineficaz pois surgiram muitas complicações em agrupar os vários tipos de deficiência segundo a funcionalidade. Maiores problemas surgiram quando começaram a participar neste desporto amputados e indivíduos com sequelas de poliomielite.

No ano de 1955, nos Estados Unidos, Tim Nugent<sup>29</sup> formulou uma regra para a prática desta modalidade que ficou conhecida como “a filosofia de normalização de Nugent”: qualquer indivíduo que apresentar comprometimento nas pernas, ou nas partes inferiores do corpo, estando desse modo impossibilitado de praticar o Basquetebol, será considerado elegível para jogar BCR (Strohkendl, 1996). Esta normalização utiliza-se até aos dias de hoje.

Após várias polémicas sobre a classificação funcional do BCR, Horst Strohkendl<sup>30</sup> elaborou um sistema de classificação<sup>31</sup>, com a colaboração de ex-atletas e médicos, que consistia na categorização básica da funcionalidade do atleta nos planos transversal, sagital e frontal ao executar os movimentos básicos do BCR. Este novo sistema dividia os atletas em quatro classes, em que a soma dos cinco atletas não podia ultrapassar os 14 pontos, tendo estabelecido então quatro classes: 1, 2, 3 e 4.

Dado que em algumas situações um jogador não cabia nitidamente nas descrições de uma classe, nem da classe seguinte, passou a desdobrar-se as classes, com a introdução de meios pontos, criando assim classificações de 1,5; 2,5 e 3,5. A classificação de 4,5 foi adicionada para fornecer uma classe de jogadores com comprometimentos mínimos. Quanto maior for a classificação, menor é a gravidade da lesão. Assim, cada um dos jogadores assume um valor igual à sua classificação. Durante todo o decorrer do jogo, o “cinco” em campo não pode ultrapassar um total de 14/14,5 pontos, conforme previsto nos regulamentos da *International Wheelchair Basketball Federation* (IWBF).

---

<sup>29</sup> Na época, presidente da *National Wheelchair Basketball Association* (NWBA).

<sup>30</sup> Foi professor de Educação Física e era natural da Alemanha.

<sup>31</sup> Este novo sistema foi aplicado de forma não oficial nos Jogos Pan-Americanos no Canadá, em 1982. No ano de 1984, tornou-se oficial no Mundial de Stoke Mandeville, sendo aceite de forma unânime pelos países participantes. Em 1992, na Paralimpíada de Barcelona, o sistema foi ratificado definitivamente pela IWBF.

### 3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PRATICANTES DE BCR

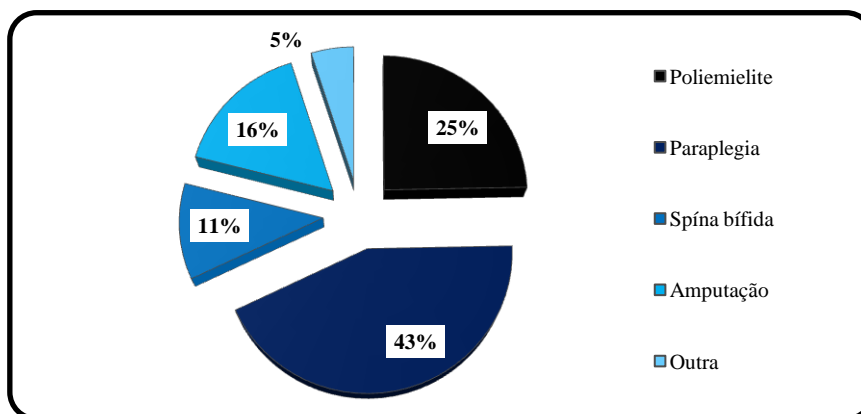
Na nossa investigação a amostra coincide com a população, uma vez que a população de praticantes de BCR é pequena para permitir a selecção de uma amostra. Assim, a nossa amostra permite-nos caracterizar o universo dos praticantes de BCR em Portugal.

Tendo presente a amostra recolhida, podemos proceder a uma caracterização dos praticantes do BCR inscritos no Campeonato Nacional da modalidade na época desportiva de 2007/2008<sup>32</sup>, no que refere aos diferentes perfis de deficiência, sociodemográfico e sociocultural.

#### 3.3.1. Perfil de Deficiência

Relativamente ao tipo de deficiência, os praticantes de BCR têm maioritariamente paraplegia (43%), seguindo-se os praticantes com poliomielite (25%), amputação (16%), spina bífida (11%) e outra deficiência motora (5%), como podemos ver no gráfico 1:

Gráfico 1. Estratificação da amostra segundo o tipo de deficiência



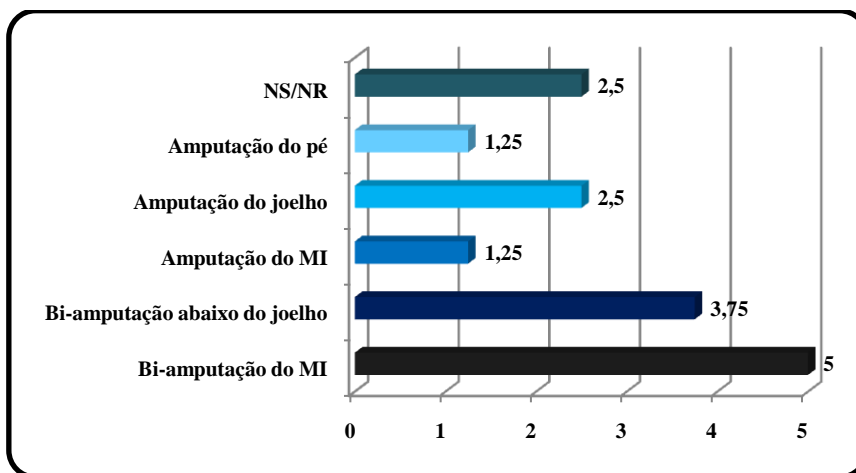
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Observando o gráfico 2, relativo ao tipo de amputação dos praticantes de BCR, verificamos que dos 16% amputados, 5% apresenta bi-amputação do membro inferior,

<sup>32</sup> Na época de 2007/2008 fizeram parte do Campeonato Nacional de Basquetebol em cadeira de rodas 13 clubes, dos quais 2 não responderam a este estudo (a APD de Braga e a APD de Paredes), sendo que à ADM Barcelos não foi entregue o questionário, como já foi referido anteriormente. Foram entregues 110 questionários às 12 equipas, dos quais 80 foram respondidos pelos praticantes de BCR.

3,75% bi-amputação abaixo do joelho, 2,5% amputação do joelho e com a mesma percentagem de 1,25% amputação do pé e do membro inferior.

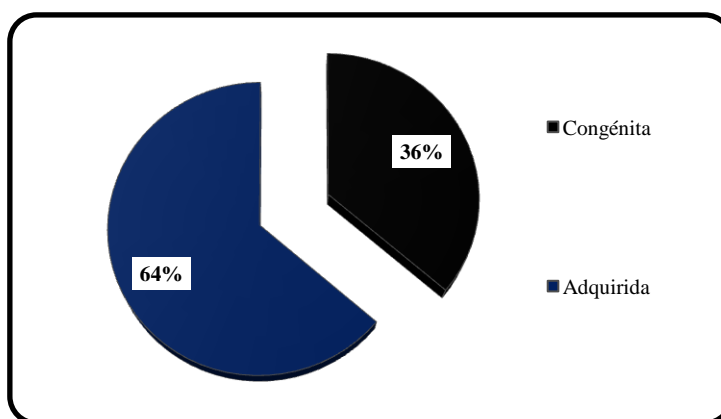
**Gráfico 2. Estratificação da amostra segundo o tipo de amputação**



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

No que se refere ao período de aquisição da deficiência, verificamos que a maioria dos praticantes de BCR adquiriu a deficiência motora após a nascença. Encontrando-se 64% cuja deficiência foi adquirida após a nascença e 36% com deficiência congénita, conforme gráfico 3:

**Gráfico 3. Estratificação da amostra segundo o período de aquisição**



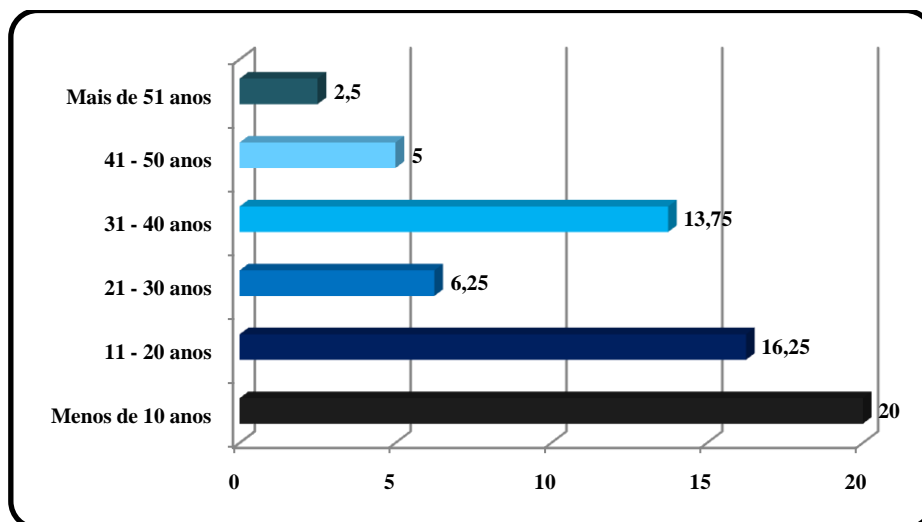
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Dos 64% dos praticantes de BCR que adquiriram a deficiência após a nascença 20% adquiriram a deficiência há menos de 10 anos, 16,25% adquiriram a deficiência há mais de 11 anos e há menos de 20 anos, 13,75% há mais de 31 anos e há menos de 40 anos,



6,25% da amostra adquiriram a deficiência há mais de 21 anos e há menos de 30 anos e 7,5% há mais de 41 anos, como podemos verificar no gráfico 4:

**Gráfico 4. Estratificação da amostra segundo o número de anos com deficiência**

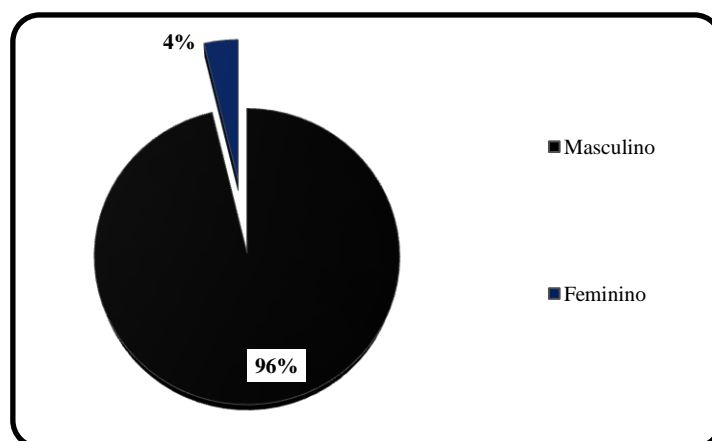


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### 3.3.2. Perfil Sociodemográfico

Uma vez que o BCR não tem competição feminina, as mulheres com deficiência motora que queiram praticar esta modalidade terão de o fazer juntamente com os homens. Daí a nossa amostra ser constituída por elementos do género masculino e feminino, embora com grandes variações na sua participação, como podemos verificar no gráfico 5, ou seja, a nossa amostra é constituída por 96% elementos do género masculino e apenas 4% do género feminino:

**Gráfico 5. Estratificação da amostra segundo o género**

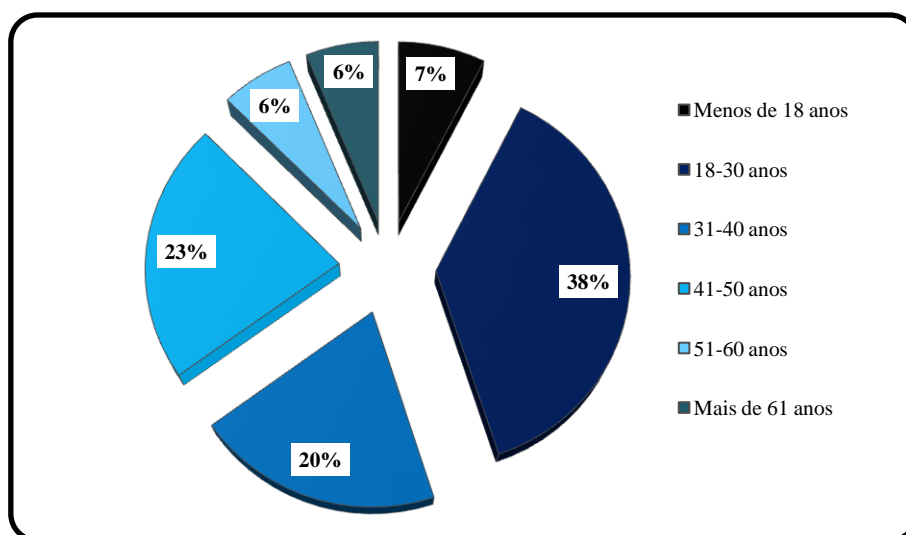


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Ao analisarmos os dados da literatura no que se refere à participação desportiva da população portuguesa por género<sup>33</sup>, verificamos que estes dados estão de acordo, dada a percentagem de praticantes do género masculino ser geralmente superior ao do género feminino (Marivoet, 2001; Pereira, 2007; Ramalho, 2007).

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

**Gráfico 6. Estratificação da amostra segundo a idade**



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

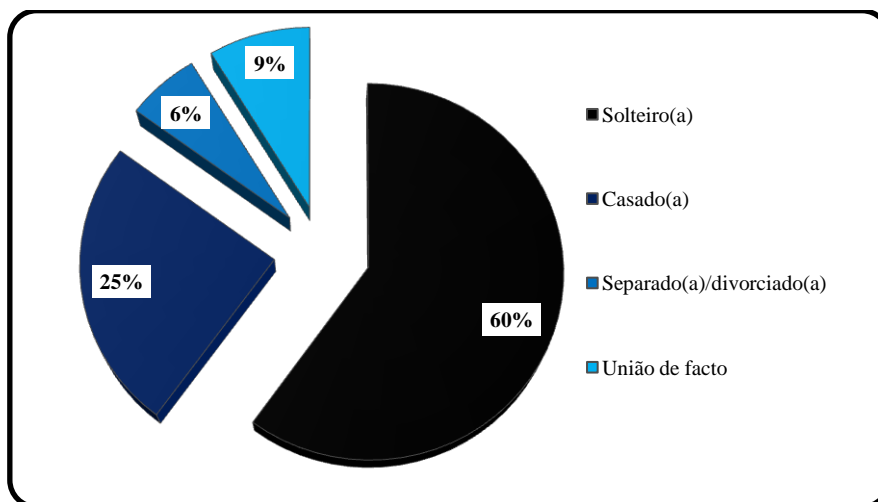
Estes dados vão de encontro às conclusões do estudo realizado por Marivoet (2001), em que a participação desportiva revelou ser inversamente proporcional à idade. No nosso estudo, a maior percentagem de praticantes situa-se entre os 18 e 30 anos, contudo sofre uma grande quebra a partir dos 51 anos,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

Quando analisamos o estado civil dos praticantes de BCR (v. Gráfico 7), verificamos que a maioria da nossa amostra é solteira (60%), seguindo-se os praticantes

<sup>33</sup> No estudo “Hábitos Desportivos da População Portuguesa” realizado por Marivoet (2001) conclui-se que os homens continuam a praticar, proporcionalmente, mais desporto que as mulheres. Assim, enquanto 34 em cada 100 homens dos 15 aos 74 anos desenvolvem uma actividade desportiva, em cada 100 mulheres, dentro do mesmo grupo etário, apenas 14 praticam desporto.

casados (25%), os praticantes que vivem em união de facto (9%), e por fim, os praticantes divorciados ou separados (6%).

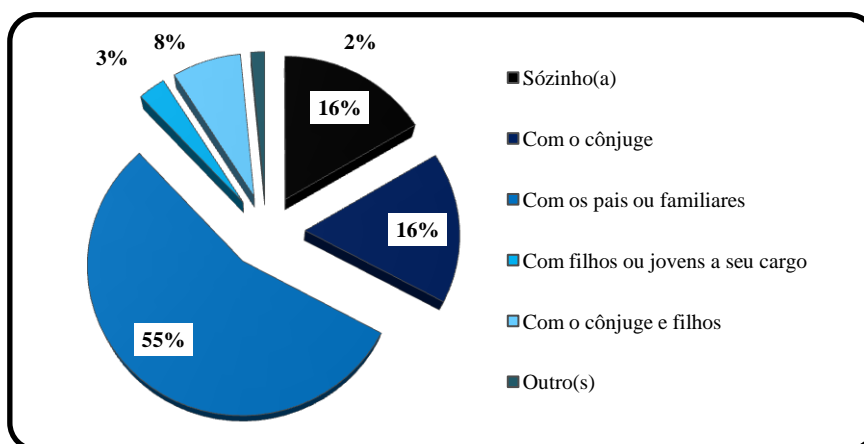
**Gráfico 7. Estratificação da amostra segundo o estado civil**



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

Analisando a tipologia de agregado familiar (v. Gráfico 8) verificamos que 55% dos praticantes de BCR vivem com os pais ou familiares, 8% com o cônjuge e filhos, 16% com o cônjuge, 16% sozinhos, 3% com filhos ou jovens a seu cargo e 2% com outros.

**Gráfico 8. Estratificação da amostra segundo o agregado familiar**



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

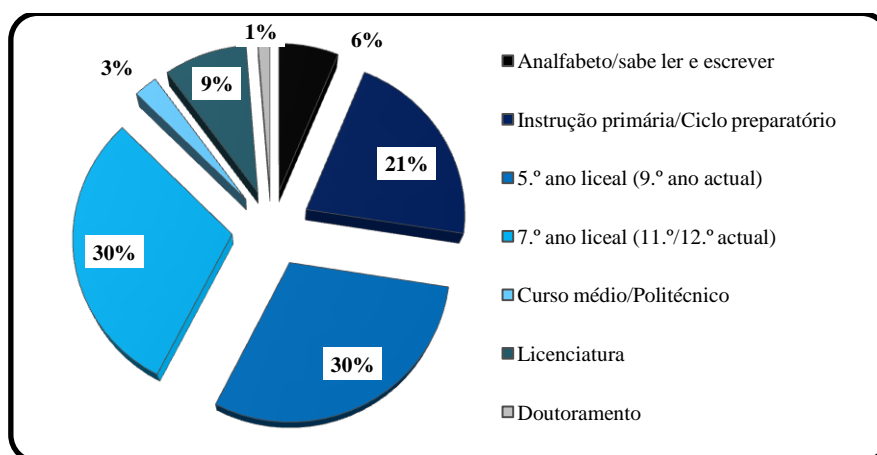
Segundo Marivoet (2001), a participação mais baixa regista-se nos indivíduos que vivem com os seus filhos ou jovens a seu cargo, como sucede no nosso estudo. Segundo a mesma autora, os dados parecem revelar que as responsabilidades familiares no

agregado se traduzem numa menor prática desportiva. No nosso estudo, a maioria dos praticantes ainda vive com os pais e familiares.

### 3.3.3. Perfil Sociocultural

No que se refere às habilitações literárias, podemos observar no gráfico 9, que, em primeiro lugar, encontramos os praticantes de BCR com o 7.º ano liceal (equivalente ao ensino secundário), e os praticantes com o 5.º ano liceal (equivalente ao ensino básico – 9.º ano) com igual percentagem de 30%, os praticantes com instrução primária/Ciclo Preparatório com 21%, os praticantes detentores de licenciatura com 9%, os praticantes que sabem ler e escrever ou analfabetos com 6%, os praticantes detentores de um curso médio/politécnico com 3% e, por último, os praticantes com doutoramento que perfazem apenas 1% da nossa amostra. Assim, verificamos que as habilitações literárias da amostra do presente estudo não são elevadas e que, de acordo com Marivoet (2001), quando analisamos a participação desportiva segundo a escolaridade, verificamos que esta se encontra directamente proporcional ao tempo de permanência na escola. Quanto mais elevado é o nível de escolaridade maior é a participação desportiva. Estes dados também estão de acordo com os estudos realizados por Ramalho (2007) e Araújo *et al.* (2005).

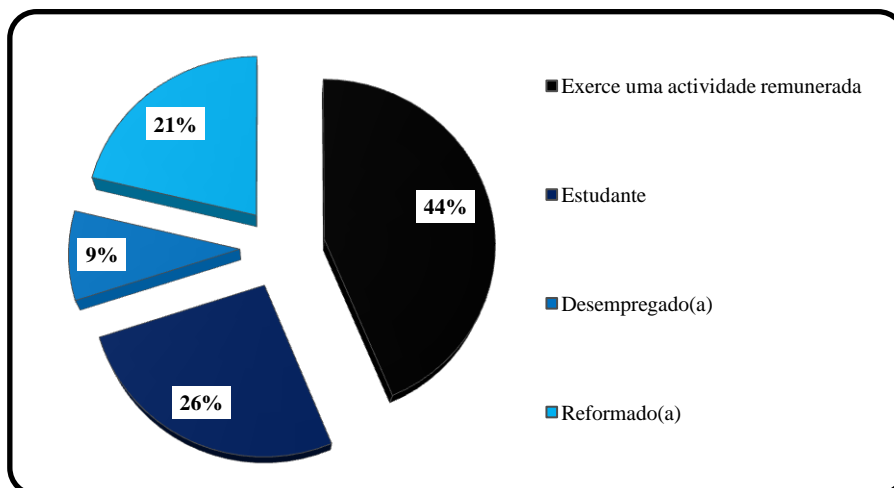
Gráfico 9. Estratificação da amostra segundo as habilitações literárias



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

No que concerne às condições perante o trabalho, verificamos que 44% da nossa amostra exerce uma actividade remunerada, 26% ainda se encontra a estudar, 21% já está reformado, e 9% está desempregado (v. gráfico 10):

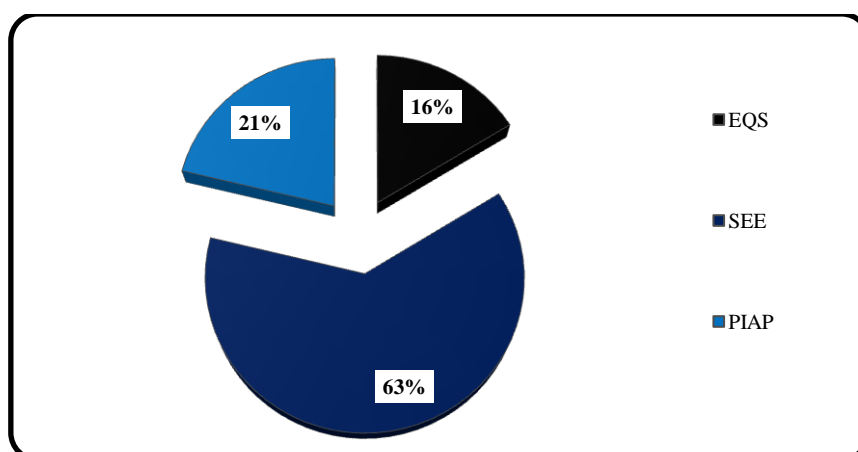
**Gráfico 10. Estratificação da amostra segundo as condições perante o trabalho**



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

Como elucida o gráfico 11, verificamos que a maioria da nossa amostra pertence ao grupo social SEE (Serviços de Enquadramento e Execução), com 63%, seguindo-se o grupo social PIAP (Profissionais da Industria, Agricultura e Pescas), com 21% e, por fim, o grupo social EQS (Empresários e Quadros Superiores), com 16%:

**Gráfico 11. Estratificação da amostra segundo o grupo social**

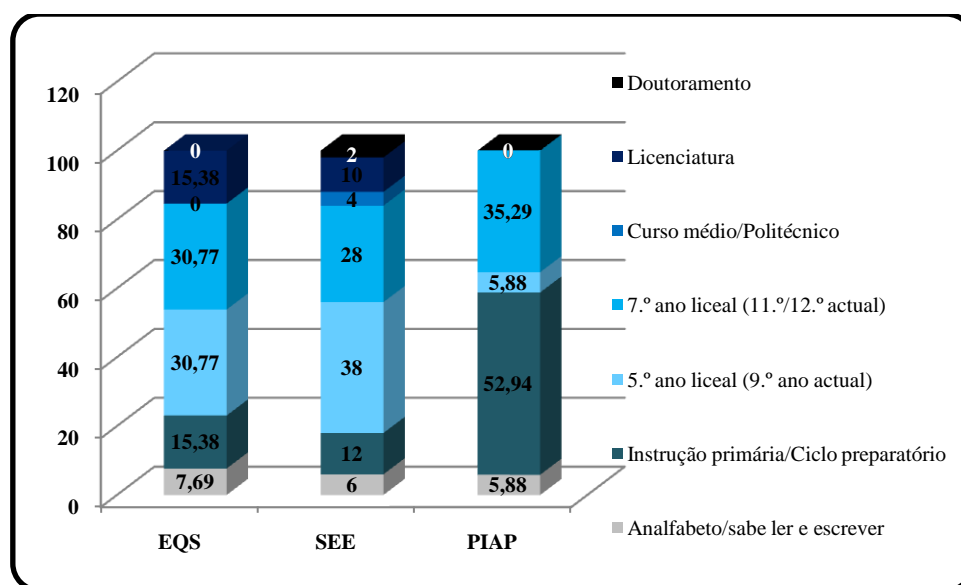


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

A escolaridade e o grupo social constituem igualmente uma variável sociocultural da prática desportiva. No nosso estudo, a maioria dos praticantes pertencentes ao grupo

social EQS apresenta as mesmas percentagens para a categoria 5.º ano liceal (9.º ano actual) e 7.º ano liceal (11.º/12.º actual), 30,77%. Os praticantes inseridos no grupo social SEE apresentam valores similares aos do grupo EQS (38% na categoria 7.º ano liceal que corresponde ao 10.º/11.º actual; 28% na categoria curso médio/politécnico). Contudo, os praticantes pertencentes ao grupo social PIAP têm na maioria instrução primária/Ciclo preparatório (52,94%). Segundo Marivoet (2001), o maior nível de escolaridade tem uma relação directa com a participação desportiva. Assim, são os indivíduos inseridos em famílias onde as profissões requerem maiores níveis de qualificação e responsabilidade que, proporcionalmente, apresentam valores mais elevados de participação desportiva (Marivoet, 2001). Sucedendo igualmente no nosso estudo, pois, como vimos anteriormente, a maioria dos praticantes de BCR está inserida nos grupos sociais SEE e EQS (79%), apresentando para estes grupos sociais maiores habilitações literárias do que nos praticantes inseridos no grupo social PIAP.

**Gráfico 12. Estratificação da amostra segundo o grupo social e as habilitações literárias**

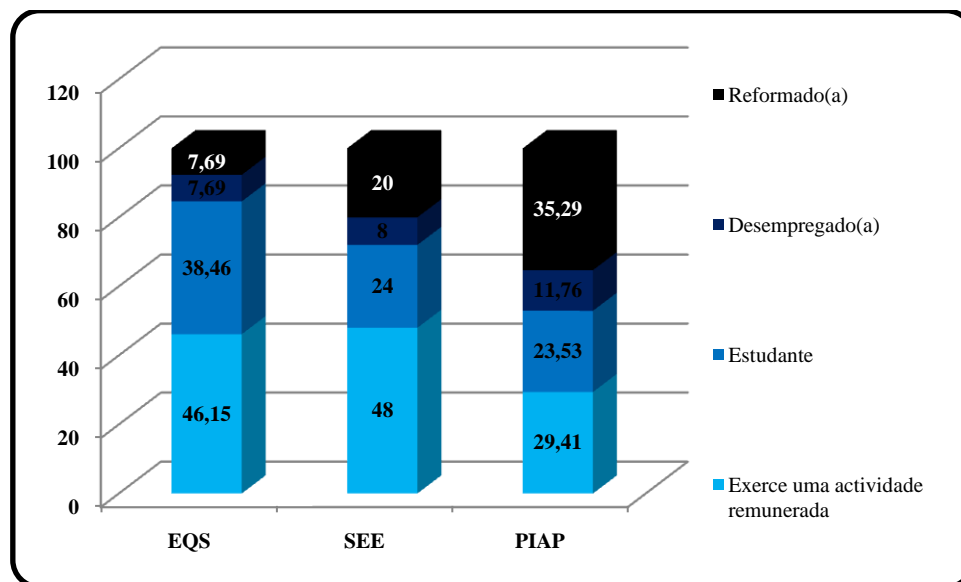


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Se estratificarmos a amostra segundo a condição perante o trabalho e o grupo social, verificamos que, dos praticantes que exercem uma actividade remunerada 48% pertencem ao SEE, 46% ao EQS e 29% ao PIAP; dos praticantes que são estudantes 38% pertencem ao EQS, 24% ao SEE e com a mesma percentagem ao grupo PIAP; dos praticantes desempregados 12% ao PIAP, e com a mesma percentagem de 8% os grupos EQS e SEE. Por último, os desempregados em que 35% pertencem ao PIAP, 20% ao

SEE e 8% ao EQS. Desta forma, podemos verificar que quanto melhores são as condições perante o trabalho mais elevado é o grupo social (v. gráfico 13).

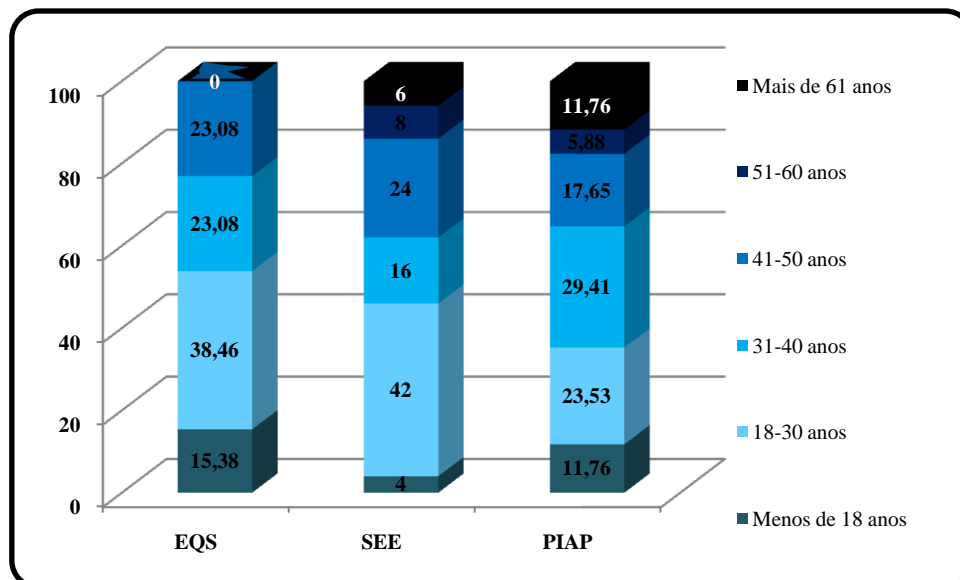
**Gráfico 13. Estratificação da amostra segundo o grupo social e as condições perante o trabalho**



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

Observando o gráfico 14, onde é apresentada a estratificação da amostra segundo o grupo social e a idade, podemos verificar que os praticantes com menos de 18 anos inserem-se no maioritariamente no grupo EQS (15,38%) e no grupo PIAP (11,76%), os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos inserem-se na sua maioria no grupo SEE (42%) e EQS (38,46%), os praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos inserem-se sobretudo nos grupos PIAP (29,41%) e EQS (23,08%), os praticantes entre os 41 e 50 anos inserem-se no grupo SEE (24%) e EQS (23,08%) de forma similar. Os praticantes com mais de 51 anos inserem-se apenas nos grupos SEE e PIAP, no qual os praticantes com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos apresentam maiores percentagens no grupo SEE e os praticantes com mais de 61 anos apresentam maiores no grupo PIAP.

**Gráfico 14. Estratificação da amostra segundo o grupo social e a idade**



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





## **CAPÍTULO IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

---



## IV. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos aprofundar a discussão dos resultados obtidos através do inquérito sociográfico, aplicado aos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) a nível nacional, de forma a responder às hipóteses formuladas. Assim, pretendemos aprofundar com esta investigação a inclusão social dos praticantes de BCR através do desporto adaptado (DA). Com base no contributo dos diversos autores nas obras revistas, definiu-se como objecto de estudo que **a prática desportiva do Basquetebol em cadeira de rodas se apresenta para os atletas como um meio de afirmação e inclusão social, de melhoria da sua qualidade de vida e de aquisição de um conjunto de valências recorrentes no quotidiano, ainda que estes encontrem obstáculos à sua acessibilidade.**

Para tirarmos as devidas ilações acerca do objecto de estudo, definimos três hipóteses de investigação já referenciadas em capítulos anteriores. Construiu-se um inquérito dividido em seis grupos, contendo em cada um deles informação que permitiu testar as hipóteses de acordo com a metodologia previamente definida. Os dados recolhidos através do inquérito foram tratados em *SPSS* e serão analisados e discutidos no presente capítulo.

Desta forma, este capítulo encontra-se dividido em três grandes subcapítulos: *A Inclusão Social dos Praticantes de BCR; Satisfação dos Praticantes de BCR relativamente à sua Imagem Corporal, Importância da prática desportiva, Condição Física e Qualidade de Vida;* e, por último, *Satisfação com a Prática Desportiva do BCR*, em que cada um pretende dar resposta a cada uma das hipóteses formuladas.

### 4.1. A INCLUSÃO SOCIAL DOS PRATICANTES DE BCR

A primeira hipótese pretende investigar se os praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas apresentam uma auto-estima e uma representação positiva de inclusão social, e se consideram que este desporto lhes incrementa a sociabilidade e contribui para o reconhecimento do seu valor. Como pressuposto, consideramos que esta realidade variaria segundo a deficiência motora e o período de aquisição, independentemente da idade e do grupo social.

Assim, com o objectivo de averiguar a veracidade desta hipótese realizámos uma análise da auto-estima, da representação de inclusão social analisada através dos comportamentos, atitudes e obstáculos da sociedade, as sociabilidades através do BCR e, por fim, o reconhecimento social obtido através da prática desportiva, segundo a idade, o grupo social, o tipo de deficiência e o período de aquisição.

#### **4.1.1. Auto-estima**

Relativamente à variável auto-estima verificámos que a maioria dos praticantes apresenta uma auto-estima elevada, confirmando-se a nossa hipótese, pois para qualquer um dos itens a média apresentada é superior a 3 (v. Quadro 8), valores bastante positivos para a auto-estima, pois o valor máximo para cada item é 4.

Tendo em conta que a escala de auto-estima global é reflexo de como o indivíduo se sente e se avalia e que varia entre 10 e 40 valores, verificamos que quanto maior o valor que o indivíduo apresenta, melhor ele se sente. Assim, a média da auto-estima global é de 33,30 quando o máximo da escala de auto-estima global é de 40 e o mínimo de 10<sup>34</sup>. A média da auto-estima global dos praticantes de BCR é ligeiramente superior à média de auto-estima de adolescentes praticantes de Natação, com deficiência motora (M=31,9), como se verificou num estudo realizado por Martin (1999), e em praticantes femininos sem deficiência de Ginástica, Futebol, e Skate (M=29,3), resultados verificados num estudo realizado por Martin *et al.* (1997). Em contraste, num estudo realizado por Campbell (1995) registou-se uma média de 21,5 em adultos praticantes em cadeira de rodas, no Reino Unido.

Os nossos resultados sugerem que os praticantes de BCR não têm baixa auto-estima comparativamente a outra modalidade, em que os seus praticantes apresentam, igualmente, deficiência motora (Martin, 1999), a outros praticantes de desporto em cadeira de rodas (Campbell, 1995) e a outros grupos de exercício de praticantes sem deficiência (Crawford & Eklund, 1994; Eklund & Crawford, 1994; McAuley & Burman, 1993; Martin *et al.*, 1997).

---

<sup>34</sup> Na avaliação da auto-estima global foi utilizada a Escala de Rosenberg (1965), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE), (cf. Capítulo 2).

**Quadro 8: Médias e desvio-padrão da auto-estima**

Itens	Mean	Std. Deviation
No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).	3,48	0,53
Por vezes penso que não sou bom(a) a nada.	3,16	0,82
Sinto que tenho um bom número de qualidades.	3,27	0,65
Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	3,51	0,68
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	3,28	0,82
Sinto-me por vezes inútil.	3,27	0,92
Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	3,33	0,57
Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	3,03	0,95
Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	3,57	0,71
Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	3,42	0,61
<b><i>Auto-estima Global</i></b>	<b><math>\Sigma = 33,30</math></b>	

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

A nossa hipótese pressupunha também que a representação positiva de inclusão social se manifestaria independentemente da idade e do grupo social dos praticantes, embora pudesse variar segundo o tipo de deficiência e o período de aquisição.

### Segundo a idade

Anteriormente verificámos que os praticantes de BCR apresentam uma auto-estima global de 33,30. Relativamente à idade verificámos que existem variações, o que contraria em parte a nossa hipótese. Os praticantes entre os 51-60 anos apresentam uma auto-estima global muito elevada, de 36,4; seguindo-se os praticantes entre os 41-50 anos, de 34,4; e os praticantes entre os 18-30 anos, de 34. Os praticantes com mais de 61 anos são os que apresentam uma auto-estima global mais baixa, de 29,8; seguindo-se os praticantes entre os 31-40 anos, de 31,2; e os praticantes com menos de 18 anos, de 31,8. Ainda assim estes valores são bastante positivos. Sendo, desta forma, os três escalões etários que apresentam um valor inferior ao valor da auto-estima global para os praticantes de BCR (33,30), como podemos observar no quadro 9:

**Quadro 9: Auto-estima global segundo a idade**

<b>Idade</b>	<b>Auto-estima Global</b>
<b>Menos de 18 anos</b>	31,8
<b>18-30</b>	34
<b>31-40</b>	31,2
<b>41-50</b>	34,4
<b>51-60</b>	36,4
<b>Mais de 61 anos</b>	29,8

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

Podemos ainda auferir que os praticantes mais jovens são os que apresentam uma auto-estima mais baixa no item “Por vezes penso que não sou bom(a) a nada” ( $2,7 \pm 0,8$ ). Os praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos apresentam uma média um pouco inferior aos outros escalões etários nos itens “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar” ( $2,6 \pm 0,9$ ), “Sinto-me por vezes inútil” ( $2,6 \pm 1,2$ ), “Gostava de ter respeito por mim mesmo(a)” ( $2,7 \pm 1,1$ ). E os praticantes com mais de 61 anos são os que apresentam uma média mais baixa no item “Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a)” ( $2,6 \pm 1,5$ ). Todos estes cinco itens são considerados de Auto-depreciação<sup>35</sup>.

Os praticantes com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos apresentam valores ligeiramente superiores nos itens “No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a)” ( $3,6 \pm 0,5$ ), “Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas” ( $3,8 \pm 0,4$ ), “Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros” ( $3,8 \pm 0,4$ ). Os praticantes entre os 41 e 60 anos apresentam médias ligeiramente superiores nos itens “Sinto que tenho um bom número de qualidades” ( $3,4 \pm 0,6$  e  $3,4 \pm 0,5$ ) e “Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a)” ( $3,6 \pm 0,5$ , para os dois escalões etários). Todos estes itens são considerados de Auto-confiança (v. Quadro 10).

<sup>35</sup> Na avaliação da auto-estima global foi utilizada a Escala de Rosenberg (1965), *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)*, (cf. Capítulo 2).

**Quadro 10. Médias e desvio-padrão da auto-estima segundo a idade**

Itens	Menos					Mais de 61 anos
	de 18 anos	18 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	
1. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).	3,5 ± 0,5	3,4 ± 0,5	3,5 ± 0,6	3,5 ± 0,6	3,6 ± 0,5	3,5 ± 0,5
2. Por vezes penso que não sou bom(a) a nada.	2,7 ± 0,8	3,2 ± 0,8	2,9 ± 0,9	3,4 ± 0,7	3,2 ± 0,8	3,4 ± 0,9
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	3 ± 0,6	3,3 ± 0,6	3,2 ± 0,6	3,4 ± 0,6	3,4 ± 0,5	3 ± 1,2
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	3,3 ± 0,5	3,6 ± 0,6	3,3 ± 0,8	3,6 ± 0,6	3,8 ± 0,4	3,2 ± 1,3
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	3,1 ± 0,8	3,5 ± 0,6	2,6 ± 0,9	3,5 ± 0,6	3,8 ± 0,4	2,8 ± 1,3
6. Sinto-me por vezes inútil.	3 ± 0,9	3,5 ± 0,7	2,6 ± 1,2	3,5 ± 0,7	3,6 ± 0,5	2,8 ± 1,3
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	3,5 ± 0,5	3,4 ± 0,5	3,4 ± 0,6	3,2 ± 0,4	3,8 ± 0,4	2,8 ± 1,1
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	3,2 ± 0,9	3,1 ± 0,9	2,7 ± 1,1	3,1 ± 0,9	3,8 ± 0,4	2,8 ± 1,3
9. Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	3,3 ± 0,8	3,7 ± 0,5	3,6 ± 0,6	3,7 ± 0,6	3,8 ± 0,4	2,6 ± 1,5
10. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	3,2 ± 0,8	3,5 ± 0,5	3,3 ± 0,6	3,6 ± 0,5	3,6 ± 0,5	3 ± 1,2

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

Podemos ainda concluir que a representação de inclusão social varia consoante a idade, facto que contraria em parte a nossa hipótese, pois pressupunha que a representação positiva de inclusão social seria independentemente da idade dos praticantes de BCR. No nosso estudo são os praticantes entre os 51-60 anos que apresentam uma auto-estima global mais elevada e os praticantes com mais de 61 anos são os que a apresentam mais baixa.



## Segundo o grupo social

De acordo com o grupo social verificamos que a nossa hipótese se confirma em parte, pois apesar dos três grupos apresentarem valores bastantes positivos de auto-estima global, o grupo PIAP é o que apresenta valores mais baixos comparativamente com os outros grupos sociais (v. Quadro 11). Embora sejam ligeiras as diferenças entre os grupos sociais EQS e SEE, verificámos que o grupo EQS, com maiores recursos, apresenta valores ligeiramente superiores na auto-estima global, o que nos leva a concluir que quanto menores são os recursos do grupo social mais baixa é a auto-estima global, e quanto maiores são os recursos mais elevada é a auto-estima global, ou seja, a auto-estima global é directamente proporcional aos recursos.

**Quadro 11: Auto-estima global segundo o grupo social**

<b>Grupo social</b>	<b>Auto-estima Global</b>
<b>EQS</b>	34,23
<b>SEE</b>	33,04
<b>PIAP</b>	30,25

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

No nosso estudo também concluímos que o grupo PIAP apresenta valores mais baixos em vários itens, entre os quais “Por vezes penso que não sou bom(a) a nada” ( $2,9 \pm 0,8$ ), “Sinto que tenho um bom número de qualidades” ( $2,9 \pm 0,6$ ), “Sinto-me por vezes inútil” ( $2,8 \pm 1$ ), “Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a)” ( $2,5 \pm 1$ ), como podemos observar no quadro 12.

Os praticantes pertencentes ao grupo social EQS revelaram uma alta auto-estima no item “Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a)” ( $3,8 \pm 0,4$ ), o que significa que a maioria não se sente uma pessoa falhada. Enquanto os praticantes pertencentes ao grupo SEE apresentam uma média bastante elevada no item “Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas” ( $3,7 \pm 0,6$ ).

**Quadro 12: Médias e desvio-padrão da auto-estima segundo o grupo social**

Ítems	EQS	SEE	PIAP
1. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).	3,4 ± 0,5	3,5 ± 0,5	3,4 ± 0,5
2. Por vezes penso que não sou bom(a) a nada.	3,5 ± 0,8	3,2 ± 0,8	2,9 ± 0,8
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.	3,5 ± 0,5	3,3 ± 0,6	2,9 ± 0,6
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	3,5 ± 0,7	3,7 ± 0,6	3 ± 0,8
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,8	3,2 ± 0,9
6. Sinto-me por vezes inútil.	3,2 ± 1,1	3,4 ± 0,8	2,8 ± 1
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	3,4 ± 0,5	3,4 ± 0,5	3,2 ± 0,8
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	3,2 ± 0,8	3,2 ± 0,9	2,5 ± 1
9. Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	3,8 ± 0,4	3,6 ± 0,6	3,3 ± 1,1
10. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,6	3,1 ± 0,7

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

### Segundo o tipo de deficiência

No quadro 13 é-nos apresentada a auto-estima global de acordo com o tipo de deficiência. Pudémos constatar que os praticantes com outra deficiência são os que apresentam uma auto-estima global mais baixa, seguindo-se os praticantes com spina bífida (29,5 e 30,3, respectivamente), enquanto os praticantes com poliomielite são os que apresentam a auto-estima global mais elevada (36,9). Assim, confirma-se a nossa hipótese, pois a maioria apresenta uma auto-estima positiva, no entanto esta varia segundo o tipo de deficiência.

**Quadro 13. Auto-estima global segundo o tipo de deficiência**

Tipo de deficiência	Auto-estima Global
Poliomielite	36,9
Paraplegia	32,5
Spina Bífida	30,3
Amputação	33
Outra	29,5

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

Numa análise mais pormenorizada da auto-estima verificamos que os praticantes com spina bífida apresentam a média mais baixa nos itens “Por vezes penso que não sou bom(a) a nada” ( $2,6 \pm 0,7$ ), “Sinto que tenho um bom número de qualidades” ( $2,8 \pm 0,7$ ), “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar” ( $2,9 \pm 0,8$ ), “Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a)” ( $2,6 \pm 1$ ), e, “Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a)” ( $2,9 \pm 0,6$ ). Os praticantes com outra deficiência revelaram uma baixa auto-estima nos itens “Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas”, “Sinto-me por vezes inútil” ( $2,8 \pm 0,5$  e  $2,3 \pm 1$ , respectivamente), como podemos verificar no quadro 14.

Contrariamente, os praticantes com amputação revelaram-se os mais satisfeitos no item “No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a)” ( $3,7 \pm 0,5$ ). Os praticantes com poliomielite nos itens “Sinto que tenho um bom número de qualidades” ( $3,8 \pm 0,4$ ), “Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas” ( $3,9 \pm 0,2$ ), “Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a)” ( $3,9 \pm 0,4$ ). E, também, nas categorias consideradas de Auto-depreciação: “Por vezes penso que não sou bom(a) a nada” ( $3,7 \pm 0,6$ ), “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar” ( $3,7 \pm 0,7$ ), “Sinto-me por vezes inútil” ( $3,7 \pm 0,7$ ), “Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a)” ( $3,6 \pm 0,7$ ), “Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a)” ( $3,9 \pm 0,2$ ), o que significa que os praticantes com poliomielite se sentem bem na maioria das tarefas que realizam, tendo do que se orgulhar, e se consideram úteis na sociedade e perante os outros. Para além disso, sentem respeito por eles próprios e não se sentem como pessoas falhadas (v. Quadro 14).

E, apesar de serem vários os itens em que os praticantes com spina bífida revelam os valores mais baixos na auto-estima, no item “Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros” são os que revelam uma auto-estima mais elevada ( $3,6 \pm 0,5$ ).

**Quadro 14: Médias e desvio-padrão da auto-estima segundo o tipo de deficiência**

<b>Itens</b>	<b>Poliomielite</b>	<b>Paraplegia</b>	<b>Spina bífida</b>	<b>Amputação</b>	<b>Outra</b>
<b>1. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).</b>	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,5	3,3 ± 0,7	3,7 ± 0,5	3 ± 0
<b>2. Por vezes penso que não sou bom(a) a nada.</b>	3,7 ± 0,6	3 ± 0,8	2,6 ± 0,7	3,3 ± 0,9	2,8 ± 0,5
<b>3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.</b>	3,8 ± 0,4	3,2 ± 0,5	2,8 ± 0,7	3,1 ± 0,9	3 ± 0
<b>4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas</b>	3,9 ± 0,2	3,4 ± 0,7	3,4 ± 0,7	3,4 ± 0,9	2,8 ± 0,5
<b>5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.</b>	3,7 ± 0,7	3,2 ± 0,8	2,9 ± 0,8	3,3 ± 1	3 ± 0,8
<b>6. Sinto-me por vezes inútil.</b>	3,7 ± 0,7	3,3 ± 0,9	2,9 ± 0,8	3,2 ± 1	2,3 ± 1
<b>7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.</b>	3,3 ± 0,5	3,3 ± 0,5	3,6 ± 0,5	3,3 ± 0,9	3,5 ± 0,6
<b>8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).</b>	3,6 ± 0,7	2,9 ± 0,9	2,6 ± 1	3 ± 1,2	2,8 ± 1
<b>9. Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).</b>	3,9 ± 0,2	3,5 ± 0,7	3,4 ± 0,9	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,5
<b>10. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).</b>	3,9 ± 0,4	3,3 ± 0,5	2,9 ± 0,6	3,4 ± 0,9	3,3 ± 0,5

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

Podemos concluir que a maioria dos praticantes de BCR apresenta uma auto-estima global positiva e que esta realidade tende a variar segundo o tipo de deficiência, tal como pressupunha a nossa hipótese.

#### Segundo o período de aquisição

Relativamente ao período de aquisição pudémos constatar que a auto-estima não varia segundo o período de aquisição (v. Quadro 15), contrariando em parte a nossa hipótese. Os valores encontrados quer para a deficiência congénita quer para a adquirida são muito próximos, não apresentando variações, contudo são bastante positivos tal como pressupunha a nossa hipótese. Também nos dez itens de auto-estima não existem

grandes variações entre a deficiência congénita e adquirida (*cf.* Quadro 19, Anexo III), contrariamente aos estudos realizados por Campbell (1995) e Sherrill (1997), que demonstraram que o grupo de atletas com deficiência motora adquirida possuía um nível mais elevado de auto-estima relativamente ao grupo de atletas com deficiência motora congénita.

**Quadro 15: Auto-estima global segundo o período de aquisição**

<b>Período de aquisição</b>	<b>Auto-estima Global</b>
<b>Congénita</b>	33,41
<b>Adquirida</b>	33,24

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

Tanto os praticantes com deficiência congénita como adquirida apresentam uma auto-estima global bastante positiva, contudo esta realidade não tende a variar segundo o tipo de deficiência, contrariando em parte a nossa hipótese.

#### **4.1.2. Comportamentos/Atitudes/Obstáculos da sociedade**

A nossa hipótese pressupunha que os praticantes de BCR apresentassem uma representação positiva de inclusão social. Assim, para verificar esta representação de inclusão social realizámos uma análise a várias atitudes e comportamentos vigentes na sociedade, nomeadamente as atitudes de preconceito, atitudes de indiferença, comportamentos de segregação, atitudes discriminatórias, obstáculos psicológicos, alvo de estereótipo, exclusão e, por último, estigmatização. Sendo de referir que quatro dos praticantes de BCR não responderam a esta questão.

No quadro 16 podemos observar se existe algum tipo de comportamento, atitude ou obstáculo que dificulte a inclusão dos praticantes de BCR na sociedade. Após a sua análise verificámos que todas as atitudes, comportamentos e obstáculos impeditivos da inclusão na sociedade não são sentidos pela maioria dos praticantes de BCR, confirmando-se, assim, a nossa hipótese.

**Quadro 16. Atitudes, Comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR (%)**

	<b>Discordo absolutamente (1)</b>	<b>Discordo (2)</b>	<b>Nem concordo nem discordo (3)</b>	<b>Concordo (4)</b>	<b>Concordo Absolutamente (5)</b>
<b>Atitudes de preconceito</b>	83	3	3	5	6
<b>Atitudes de indiferença</b>	79	5	8	7	1
<b>Comportamentos de segregação</b>	70	9	17	3	1
<b>Atitudes discriminatórias</b>	75	7	10	4	4
<b>Obstáculos psicológicos</b>	67	17	7	4	5
<b>Alvo de estereótipo</b>	82	10	5	3	0
<b>Exclusão</b>	83	5	7	4	1
<b>Estigmatização</b>	84	7	5	3	1

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

Analisando a média dos praticantes no que concerne às atitudes, comportamentos e obstáculos por eles sentidos, concluímos, igualmente, que este tipo de sentimento não são por eles presenciados visto que para cada categoria a média se situa entre 1,3 e 1,63, o que significa que a maioria discorda absolutamente ou então simplesmente discorda<sup>36</sup> (v. Quadro 17), sendo possível a confirmação da nossa hipótese.

**Quadro 17. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR**

<b>Categorias</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
<b>Atitudes de preconceito</b>	1,5	1,2
<b>Atitudes de indiferença</b>	1,46	1,0
<b>Comportamentos de segregação</b>	1,57	1,0
<b>Atitudes discriminatórias</b>	1,55	1,1
<b>Obstáculos psicológicos</b>	1,63	1,1
<b>Alvo de estereótipo</b>	1,43	1,0
<b>Excluído</b>	1,36	0,9
<b>Estigmatizado</b>	1,30	0,8

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

<sup>36</sup> Os praticantes de BCR tinham como opção de resposta no Questionário: 1 – Discordo absolutamente; 2 – Discordo; 3 – Nem concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo absolutamente.

## Segundo a idade

No nosso estudo verificámos que, segundo a idade, a maioria dos praticantes de BCR não sente qualquer tipo dos obstáculos ou atitudes no que concerne à sua inclusão social, contudo encontrámos algumas variações relativas à idade, confirmando-se em parte a nossa hipótese (v. Quadro 18).

Para qualquer um dos obstáculos apresentados, a média é inferior a 2,3, o que significa que a maioria discorda ou discorda absolutamente (*cf.* nota 36) que este tipo de atitudes, obstáculos ou e/ou comportamentos esteja presente na sua vida e na sociedade onde se encontram inseridos, mostrando-nos, desta forma, que a maioria dos praticantes de BCR tem uma representação positiva de inclusão social, considerando que a sociedade, no geral, não apresenta atitudes, obstáculos ou comportamentos que possam pôr em causa a sua inclusão social (v. Quadro 18).

Segundo a idade verificámos que os praticantes com menos de 18 anos sentem mais atitudes de preconceito ( $2,2 \pm 1,5$ ), de indiferença ( $1,8 \pm 1$ ), de discriminação ( $2 \pm 0,9$ ), exclusão ( $1,7 \pm 1,2$ ), estigmatização ( $2 \pm 1,3$ ) e, também, se sentem mais alvos de estereótipo ( $2,3 \pm 1,8$ ). Os praticantes com mais de 61 anos são os que mais sentem comportamentos de segregação ( $2 \pm 1,4$ ). Os obstáculos psicológicos são sentidos mais pelos praticantes com menos de 30 anos. Ainda verificámos que os praticantes entre os 41 e 50 anos expressam uma maior representação positiva da inclusão social.

**Quadro 18. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo a idade**

Comportamentos/ Atitudes/ Obstáculos	Menos de 18 anos	18 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	Mais de 61 anos
Atitudes de preconceito	$2,2 \pm 1,5$	$1,4 \pm 1$	$1,6 \pm 1,5$	$1,2 \pm 1$	$1,8 \pm 1,8$	$1,6 \pm 1,3$
Atitudes de indiferença	$1,8 \pm 1$	$1,4 \pm 1$	$1,6 \pm 1$	$1,3 \pm 1$	$1 \pm 0$	$1,6 \pm 1,3$
Comportamentos de segregação	$1,7 \pm 0,8$	$1,7 \pm 0,9$	$1,9 \pm 1,4$	$1 \pm 0$	$1,4 \pm 0,9$	$2 \pm 1,4$
Atitudes discriminatórias	$2 \pm 0,9$	$1,5 \pm 1,1$	$1,6 \pm 1,3$	$1,3 \pm 1$	$1,8 \pm 1,3$	$1,8 \pm 1,1$
Obstáculos psicológicos	$1,8 \pm 1,3$	$1,8 \pm 1,3$	$1,5 \pm 0,7$	$1,4 \pm 1$	$1,6 \pm 1,3$	$1,6 \pm 0,9$
Alvo de estereótipo	$2,3 \pm 1,8$	$1,5 \pm 1,1$	$1,2 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,4$	$1,6 \pm 0,9$	$1,4 \pm 0,9$
Excluído	$1,7 \pm 1,2$	$1,3 \pm 0,8$	$1,6 \pm 1,2$	$1,1 \pm 0,2$	$1,6 \pm 1,3$	$1,2 \pm 0,4$
Estigmatizado	$2 \pm 1,3$	$1,3 \pm 0,6$	$1,5 \pm 1,3$	$1 \pm 0$	$1,2 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,4$

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

Podemos concluir que a nossa hipótese se confirma em parte, pois apresenta variações segundo a idade.

### Segundo o grupo social

Na nossa investigação verificámos que a maioria dos praticantes de BCR sente poucas ou nenhuma atitudes, comportamentos ou obstáculos na sua inclusão social, contudo podemos encontrar ligeiras variações segundo o grupo social, confirmando-se em parte a nossa hipótese (v. Quadro 19).

Segundo o grupo social, concluímos que os praticantes pertencentes ao grupo EQS sentem um pouco mais de atitudes de preconceito e de indiferença bem como de discriminação ( $1,8 \pm 1,4$ ;  $1,9 \pm 1,4$ ; e  $1,9 \pm 1,4$ , respectivamente) relativamente aos praticantes inseridos nos grupos sociais SEE e PIAP, como podemos verificar no quadro 19. Também verificámos que os praticantes inseridos no grupo social SEE expressam uma maior representação positiva de inclusão social.

**Quadro 19. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o grupo social**

Comportamentos/ Atitudes/ Obstáculos	EQS	SEE	PIAP
<b>Atitudes de preconceito</b>	$1,8 \pm 1,4$	$1,4 \pm 1,2$	$1,5 \pm 1$
<b>Atitudes de indiferença</b>	$1,9 \pm 1,4$	$1,3 \pm 0,8$	$1,5 \pm 1$
<b>Comportamentos de segregação</b>	$1,8 \pm 1$	$1,4 \pm 0,8$	$1,9 \pm 1,3$
<b>Atitudes discriminatórias</b>	$2,3 \pm 1,7$	$1,4 \pm 0,9$	$1,6 \pm 1$
<b>Obstáculos psicológicos</b>	$1,7 \pm 1,2$	$1,6 \pm 1,1$	$1,8 \pm 1,1$
<b>Alvo de estereótipo</b>	$1,3 \pm 0,9$	$1,4 \pm 1$	$1,5 \pm 1,1$
<b>Excluído</b>	$1,5 \pm 1,7$	$1,3 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,6$
<b>Estigmatizado</b>	$1,2 \pm 0,6$	$1,4 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,6$

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

Podemos afirmar que a maioria dos praticantes de BCR apresenta uma representação positiva de inclusão social, porém esta varia segundo o grupo social, não se confirmando em parte a nossa hipótese.



## Segundo o tipo de deficiência

A representação positiva de inclusão social é verificada pela maioria dos praticantes de BCR segundo o tipo de deficiência. Contudo esta realidade apresenta variações, tal como pressupunha a nossa hipótese.

Assim, concluímos que os praticantes com amputação e spina bífida sentem mais atitudes de preconceito ( $1,9 \pm 1,6$  e  $1,8 \pm 1,6$ , respectivamente) e, também, se sentem um maior alvo de estereótipo ( $1,7 \pm 1,3$  e  $1,8 \pm 1,6$ , respectivamente) relativamente a outros tipos de deficiência. Os praticantes com spina bífida são os que mais sentem maiores comportamentos de segregação ( $2 \pm 1,3$ ) e obstáculos psicológicos ( $2,6 \pm 1,4$ ). Por sua vez, os praticantes com outra deficiência sentem mais atitudes de discriminação ( $2 \pm 2$ ) pela sociedade. E os praticantes que sentem maior exclusão são os praticantes com spina bífida e outra deficiência ( $1,8 \pm 1,2$  e  $1,5 \pm 0,6$ , respectivamente).

Ainda concluímos que os praticantes com poliomielite, outra deficiência e com paraplegia expressam uma maior representação positiva de inclusão social (v. Quadro 20).

**Quadro 20. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o tipo de deficiência**

Comportamentos/ Atitudes/ Obstáculos	Poliomielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra
Atitudes de preconceito	$1,4 \pm 1,2$	$1,4 \pm 0,9$	$1,8 \pm 1,6$	$1,9 \pm 1,6$	$1 \pm 0$
Atitudes de indiferença	$1,3 \pm 0,8$	$1,5 \pm 1,1$	$1,8 \pm 1$	$1,5 \pm 1,2$	$1 \pm 0$
Comportamentos de segregação	$1,2 \pm 0,7$	$1,6 \pm 0,9$	$2 \pm 1,3$	$1,7 \pm 1,1$	$1,5 \pm 1$
Atitudes discriminatórias	$1,4 \pm 1,1$	$1,5 \pm 1$	$1,6 \pm 0,9$	$1,7 \pm 1,3$	$2 \pm 2$
Obstáculos psicológicos	$1,1 \pm 0,3$	$1,6 \pm 1,2$	$2,6 \pm 1,4$	$1,9 \pm 1,4$	$1,5 \pm 0,6$
Alvo de estereótipo	$1,1 \pm 0,3$	$1,5 \pm 1$	$1,8 \pm 1,6$	$1,7 \pm 1,3$	$1 \pm 0$
Excluído	$1,2 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,6$	$1,8 \pm 1,2$	$1,5 \pm 0,9$	$1,8 \pm 1,5$
Estigmatizado	$1,2 \pm 0,9$	$1,4 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,7$	$1,4 \pm 0,7$	$1 \pm 0$

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

Os praticantes de BCR apresentam uma representação positiva de inclusão social, contudo existem algumas variações no que sentem relativamente a atitudes e comportamentos segundo o grupo social, comprovando-se a nossa hipótese.

## Segundo o período de aquisição

Segundo o período de aquisição verificámos que a nossa hipótese se confirma em parte, pois a maioria dos praticantes de BCR apesar de discordar que existam atitudes de preconceito, indiferença, comportamentos de segregação, obstáculos psicológicos, exclusão, discriminação ou que sejam alvo de estereótipo, considerámos que esta realidade social não variaria segundo o período de aquisição (v. Quadro 21).

**Quadro 21. Médias e desvio-padrão das atitudes, comportamentos e obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o período de aquisição**

<b>Comportamentos/ Atitudes/ Obstáculos</b>	<b>Congénita</b>	<b>Adquirida</b>
<b>Atitudes de preconceito</b>	1,5 ± 1,2	1,5 ± 1,1
<b>Atitudes de indiferença</b>	1,4 ± 0,9	1,5 ± 1
<b>Comportamentos de segregação</b>	1,6 ± 1	1,6 ± 0,9
<b>Atitudes discriminatórias</b>	1,6 ± 1,2	1,5 ± 1
<b>Obstáculos psicológicos</b>	1,7 ± 1,2	1,6 ± 1,1
<b>Alvo de estereótipo</b>	1,5 ± 1,2	1,4 ± 0,8
<b>Excluído</b>	1,4 ± 0,9	1,3 ± 0,8
<b>Estigmatizado</b>	1,3 ± 0,8	1,3 ± 0,8

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

Podemos concluir que os resultados apresentados são idênticos, ou seja, os praticantes de BCR têm uma representação positiva de inclusão social; todavia os resultados não apresentam variações na tendência geral segundo o período de aquisição.

### **4.1.3. Sociabilidades Através do BCR**

Como forma de averiguar se o BCR incrementa a sociabilidade tal como pressupunha a nossa primeira hipótese, foi inquirido aos praticantes de BCR se consideravam o BCR como uma forma de convívio. Através desta análise, verificámos que a maioria dos praticantes considera o BCR como uma forma de convívio “Muito importante” (75%), sendo que os restantes consideram-na como “Importante”, (*cf.* Quadro 33, no Anexo III). Assim, todos os praticantes consideram que o BCR é uma forma de convívio muito valorizada nas suas vidas e que, conseqüentemente, incrementa a sua sociabilidade, tal como pressupunha a nossa hipótese. Estes resultados vão de encontro do que afirma

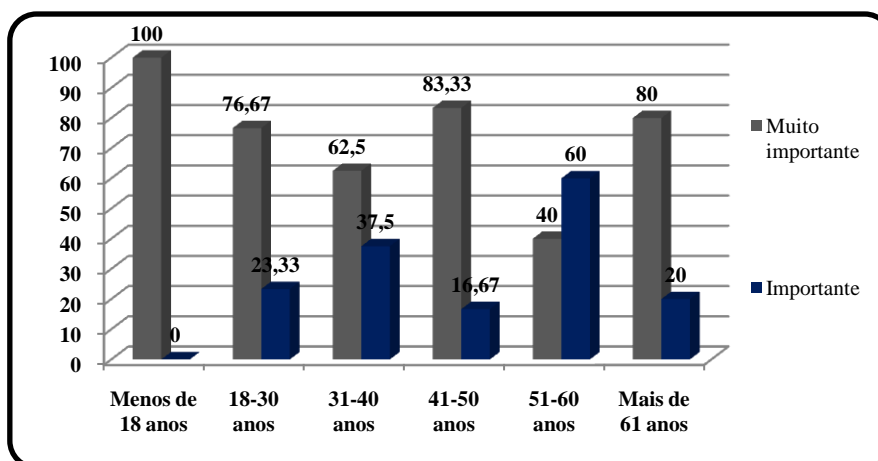
Giacobbi *et al.* (2008), Blinde & McClung (1997) e Martin & Smith (2002). Segundo Giacobbi *et al.* (2008) o DA apresenta-se como uma forma de aumentar as oportunidades sociais. Neste estudo, 23 participantes mencionaram as oportunidades sociais como um benefício da actividade física. Estas oportunidades sociais incluem as interacções com os outros, sendo capazes de estabelecer e formar relações com os outros, incluindo as pessoas sem deficiência. Para Blinde & McClung (1997), uma actividade recreativa pode aumentar as experiências e interacções sociais, com pessoas que tenham ou não deficiência, e ajudar os praticantes a iniciar actividades sociais em outros contextos das suas vidas, como por exemplo, sair mais de casa e experienciar tarefas diferentes. O DA é um veículo importante para promover interacções positivas entre os pares (Martin & Smith, 2002).

A nossa hipótese pressupunha também que a valorização da sociabilidade através do BCR se manifestaria independentemente da idade e do grupo social dos praticantes, embora pudesse variar segundo o tipo de deficiência e o período de aquisição.

### Segundo a idade

Na análise do gráfico 15 verificámos que a nossa hipótese se confirma, pois todos os escalões etários consideram o BCR como uma forma de convívio “Importante” e “Muito importante”. Desta forma, verificamos que o BCR é uma forma de sociabilidade ou convívio para os praticantes desta prática desportiva de todas as idades. Contudo verificamos que são os praticantes mais jovens que dão maior importância à sociabilidade do BCR. O mesmo sucedeu no estudo realizado por Swanson *et al.* (2008), em que a interacção social é mais importante para os praticantes mais novos.

Gráfico 15. Sociabilidade no BCR segundo a idade



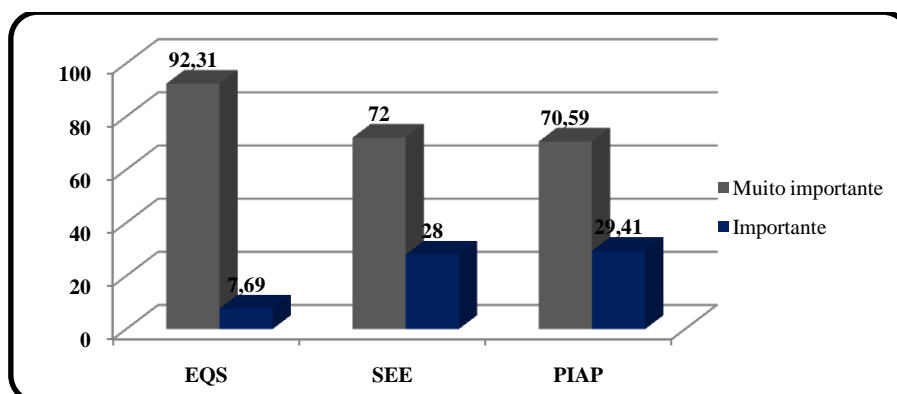
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Podemos, assim, concluir que os praticantes do BCR valorizam-no como meio de sociabilidade e convívio, sobretudo os mais jovens. Deste modo, a nossa hipótese não se confirma em parte, já que o grau de valorização não se encontra independente da idade.

#### Segundo o grupo social

Da análise do gráfico 16, podemos concluir que a nossa hipótese também não se confirma no que diz respeito ao grupo social. Todos os praticantes de BCR consideram que este desporto lhes incrementa a sociabilidade, no entanto, a importância da sociabilidade do BCR vai aumentando nos grupos sociais com maiores recursos, ou seja, esta variável é directamente proporcional aos recursos.

Gráfico 16. Sociabilidade no BCR segundo o grupo social

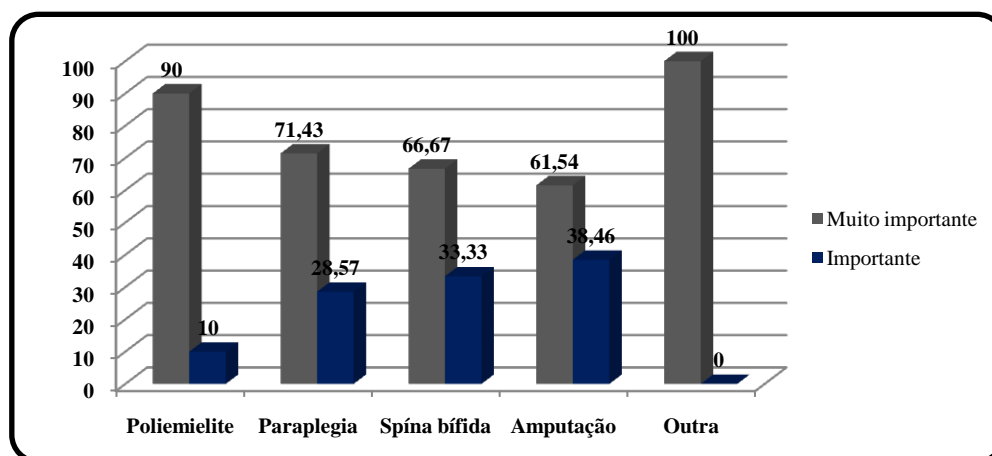


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Segundo o tipo de deficiência

A maioria dos praticantes com poliomielite, paraplegia, spina bífida, amputação ou outro tipo de deficiência motora considera que o BCR é uma forma de convívio muito importante, apesar de encontrarmos níveis de valorização diferentes (v. Gráfico 17).

**Gráfico 17. Sociabilidade no BCR segundo o tipo de deficiência**



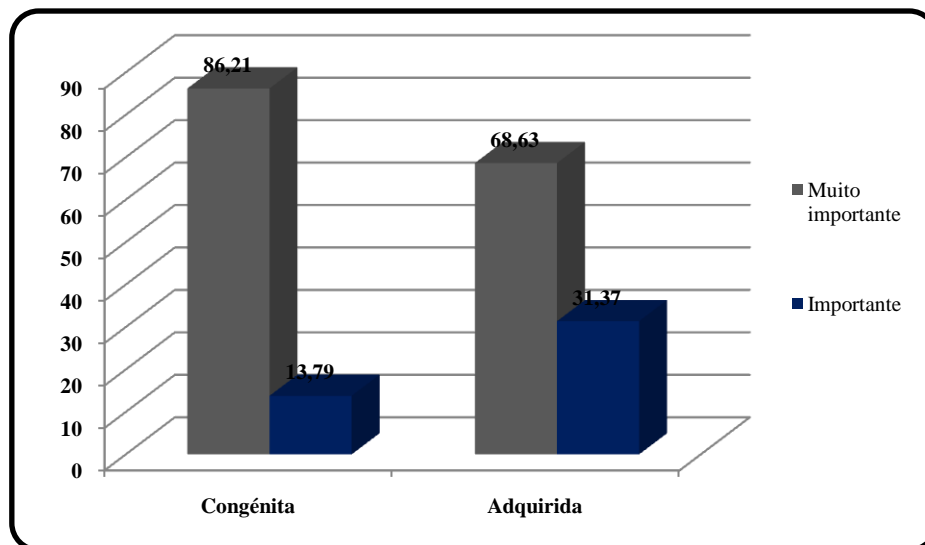
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Como elucidado no gráfico 17, são os praticantes com poliomielite e outra deficiência os que mais importância dão ao BCR como meio de sociabilidade, o que confirma a nossa hipótese, que pressupunha justamente que haveria diferentes valorizações segundo o tipo de deficiência.

### Segundo o período de aquisição

De acordo com o período de aquisição, verificamos, pela observação do gráfico 18, que a tendência geral apontada na nossa hipótese se confirma, assim como a existência de variações segundo o período de aquisição. Tanto os praticantes com deficiência congênita como adquirida consideram que o BCR é uma forma de convívio muito importante e que desta forma lhes aumenta a sociabilidade, ainda que com diferenças (86,21% e 68,63, respectivamente).

Gráfico 18. Sociabilidade no BCR segundo o período de aquisição



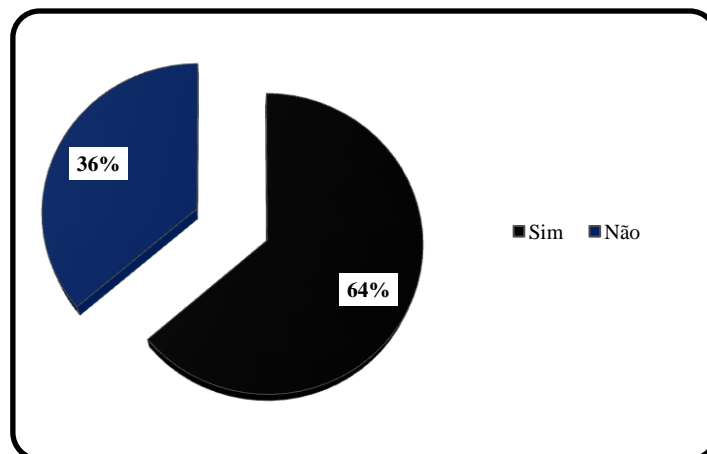
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Podemos assim concluir que os praticantes do BCR valorizam o BCR como um meio de sociabilidade, em particular os com deficiência congénita.

#### 4.1.4. Reconhecimento Social Obtido Através do BCR

Como podemos verificar no gráfico 19, a maioria da nossa amostra (64%) considera que o BCR lhes dá um maior reconhecimento social perante a sociedade, enquanto 36% não considera o reconhecimento social obtido através da prática deste desporto, confirmando-se a nossa hipótese. Segundo Goodwin *et al.* (2004) a prática desportiva permite também que os “outros” vejam a deficiência sob uma perspectiva mais positiva e humana. Apesar dos relatos daqueles com deficiência evidenciarem o sentimento de que são vistos pelos “outros” como “coitadinhos” e “incapacitados”, estes sentem que, através da prática desportiva, são capazes de mostrar aos “outros” as suas capacidades e de se sentirem mais valorizados socialmente.

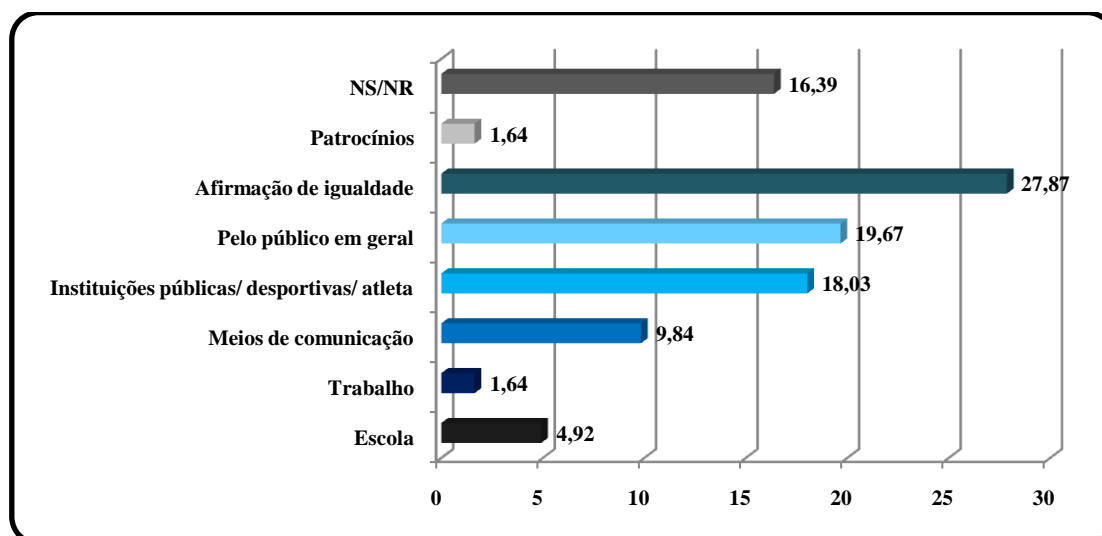
**Gráfico 19. Reconhecimento social dos praticantes de BCR**



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

Como pudémos verificar anteriormente, a maior parte da nossa amostra considera que o BCR é uma forma de projectar e de reconhecer os praticantes de BCR na sociedade. Assim, realizámos uma análise mais detalhada no que respeita às formas de reconhecimento social que esta prática desportiva proporciona aos praticantes de BCR segundo a sua auto-representação. Como podemos visualizar no gráfico 20, o BCR permite uma maior afirmação de igualdade perante os outros (27,87%), seguindo-se um reconhecimento social pelo público em geral (19,67%) e por outras instituições públicas/desportivas, bem como por outros atletas (18,03%). O reconhecimento social também pode ser visível para os praticantes dos meios de comunicação (9,84%), da escola (4,92%) e do trabalho (1,64%).

**Gráfico 20. Formas de reconhecimento social**



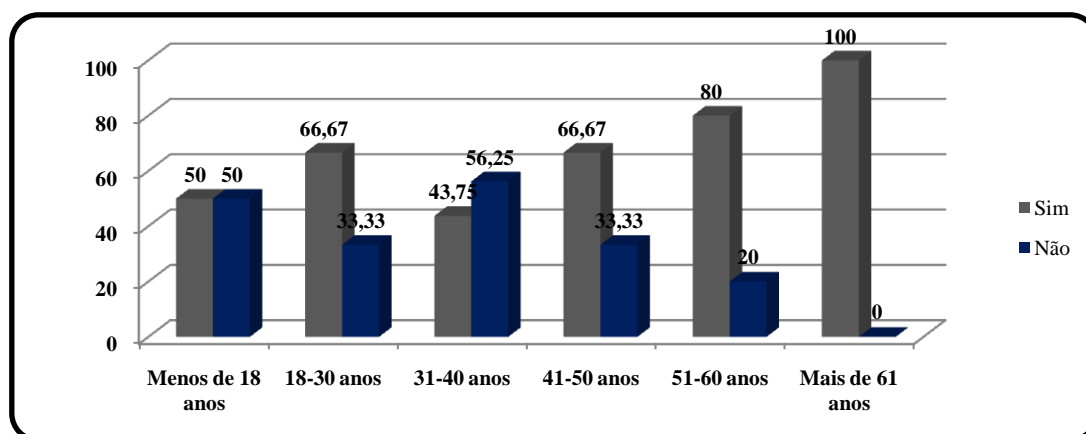
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Como temos vindo a analisar, a nossa hipótese pressupunha, também, que o reconhecimento social do valor dos atletas advindo da prática do BCR se manifestaria independentemente da idade e do grupo social dos praticantes, embora pudesse variar segundo o tipo de deficiência e o período de aquisição.

### Segundo a idade

A nossa hipótese confirma-se em parte relativamente à idade, pois a maioria dos escalões etários considera que o BCR lhes permite ser mais reconhecido socialmente, com excepção dos praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos (56,25%). Para além disso, os praticantes com idades inferiores a 18 anos apresentam iguais percentagens para as duas categorias (50%), como nos elucida o gráfico 21:

**Gráfico 21. Reconhecimento social segundo a idade**



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

Podemos ainda concluir que as representações dos praticantes acerca do reconhecimento social através do BCR variam consoante a idade, facto que contraria em parte a nossa hipótese, pois esta pressupunha que a representação, face ao incremento do reconhecimento social advindo da prática do BCR, não variasse segundo a idade dos praticantes.

### Segundo o grupo social

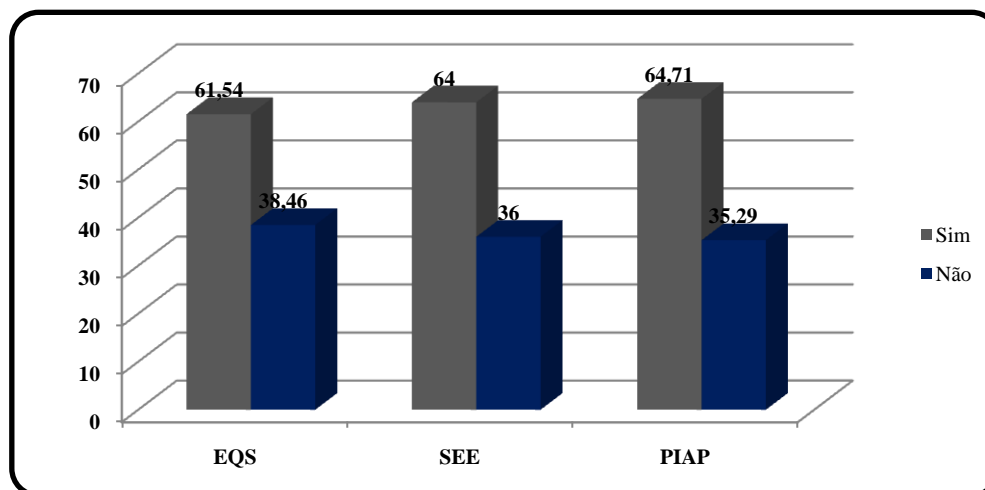
De acordo com o grupo social verificamos que a nossa hipótese se confirma, pois como podemos verificar no gráfico 22, qualquer grupo social considera que o BCR lhes



aumenta o reconhecimento social perante a sociedade, embora apresente ligeiras variações, contrariamente ao que foi proposto.

Também podemos auferir que o reconhecimento social é maior no grupo PIAP e vai diminuindo ao nível dos grupos sociais com maiores recursos. Assim, esta variável é inversamente proporcional aos recursos dos diferentes grupos sociais.

**Gráfico 22. Reconhecimento social segundo o grupo social**



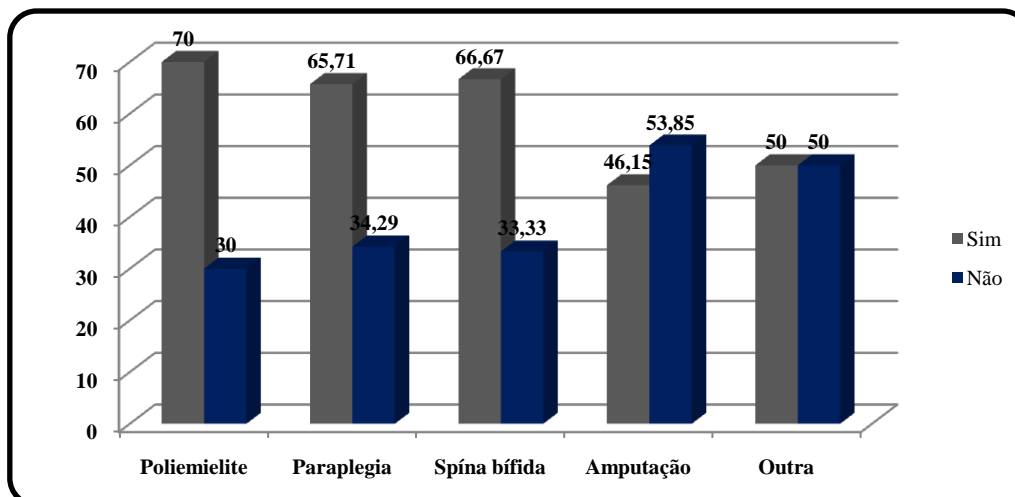
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Podemos pois concluir que, tal como no caso da idade, se verifica uma variação segundo o grupo social, facto que contraria em parte a nossa hipótese.

### Segundo o tipo de deficiência

Ao analisar o reconhecimento social segundo o tipo de deficiência, verificámos que a nossa hipótese não se confirma na totalidade, apesar de apresentar variações segundo o tipo de deficiência. Os praticantes com poliomielite, paraplegia e spina bífida realmente consideram que o BCR lhes traz um maior reconhecimento social (70%, 65,71% e 66,67%, respectivamente). Relativamente aos praticantes com amputação verificamos que se sucede o oposto, pois a maioria (53,85%) não aceita que o BCR como uma forma de reconhecimento social. Os praticantes com outra deficiência apresentam percentagens iguais relativamente ao reconhecimento social (50%), como podemos observar no gráfico 23:

**Gráfico 23. Reconhecimento social segundo o tipo de deficiência**

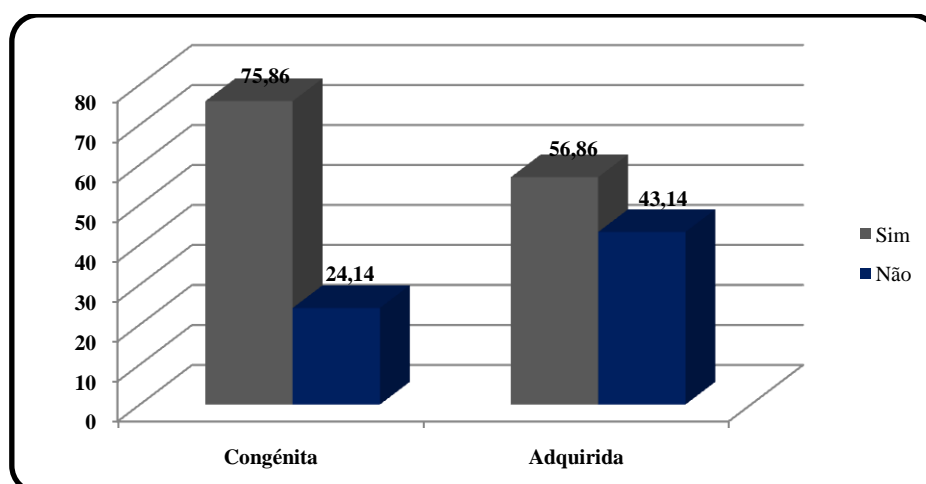


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Segundo o período de aquisição

Ao analisar o período de aquisição da deficiência, como forma de verificar se existem diferenças entre os praticantes com deficiência congénita ou adquirida, verificamos que, de acordo com a análise do gráfico 24, e tal como pressupunha a nossa hipótese, tanto os praticantes com deficiência motora congénita ou adquirida após a nascença consideram que o BCR lhes permitem serem mais reconhecidos socialmente, ainda que com níveis diferentes (respectivamente 75,86% e 56,86%).

**Gráfico 24. Reconhecimento social segundo o período de aquisição**



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

Assim, podemos concluir que a contribuição do BCR para o reconhecimento social do valor dos praticantes é expresso por todos eles, sobretudo pelos que adquiriram a deficiência de forma congénita.

#### **4.1.5. Apontamento Conclusivo**

Como começámos por referir no início deste ponto, a nossa primeira hipótese pretende investigar se os praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas apresentam uma auto-estima e uma representação positiva de inclusão social e se consideram que este desporto lhes incrementa a sociabilidade e contribui para o reconhecimento do seu valor. Como pressuposto, considerámos que esta realidade variaria segundo a deficiência motora e o período da sua aquisição, independentemente da idade e do grupo social.

Tendo por base a análise dos resultados da nossa amostra, verificámos que relativamente à auto-estima os praticantes de BCR apresentam uma auto-estima bastante elevada. O mesmo sucede na análise da auto-estima global, pois a média da auto-estima global dos praticantes de BCR é de 33,3, um valor muito próximo da escala máxima da auto-estima global, ou seja 40. Podemos referir que os resultados vão de encontro do que refere Fox (2000b), Sonstroem (1997a) e Diener & Diener (1995), em que uma auto-estima elevada é considerada um resultado importante em domínios múltiplos, tais como, académicos, desportivos e psico-terapêuticos, encontrando-se associada a estabilidade emocional e ajustes às exigências da vida assim como bem-estar, felicidade, satisfação e combate ao stress.

A nossa hipótese pressupunha que a auto-estima fosse positiva independentemente da idade e grupo social dos praticantes embora pudesse variar segundo o tipo de deficiência e período de aquisição. Assim, concluímos que a nossa hipótese se confirma em parte, pois varia segundo a idade, grupo social e não varia segundo o período de aquisição, contrariamente ao que foi proposto na análise da primeira hipótese. Contudo confirma-se para o tipo de deficiência, pois apresenta variações tal como pressuposto.

Os dados apontaram que esta realidade se expressa sobretudo nos praticantes com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos, nos inseridos nos grupos sociais com

maiores recursos e com poliomielite. Como já referimos, a auto-estima global não varia segundo o período de aquisição.

No que concerne à representação de inclusão social foi analisada a percepção dos praticantes de BCR relativamente aos comportamentos, atitudes e obstáculos que surgem na interação com a “sociedade”, nomeadamente as atitudes de preconceito, atitudes de indiferença, comportamentos de segregação, atitudes discriminatórias, obstáculos psicológicos, alvo de estereótipo, a exclusão e, por último, a estigmatização. Nesta análise concluímos que este tipo de atitudes, comportamentos e obstáculos impeditivos da inclusão na sociedade não são sentidos pela maioria dos praticantes de BCR.

Desta forma, concluímos que a maioria dos praticantes de BCR apresenta uma representação positiva de inclusão social, porém esta realidade varia segundo a idade e o grupo social e não varia segundo o período de aquisição, contrariamente ao pressuposto na nossa hipótese, e varia segundo o tipo de deficiência, de acordo com a nossa hipótese.

Segundo a idade verificámos que os praticantes com menos de 18 anos sentem mais atitudes de preconceito, indiferença, discriminação, exclusão, estigmatização e também se sentem mais alvo de estereótipo. Os praticantes com mais de 61 anos sentem mais comportamentos de segregação enquanto os obstáculos psicológicos são sentidos mais pelos praticantes com menos de 30 anos.

De acordo com o grupo social concluímos que os praticantes pertencentes ao grupo SEE sentem um pouco mais atitudes de preconceito e de indiferença, bem como de discriminação relativamente aos praticantes inseridos nos grupos sociais SEE e PIAP.

No que concerne ao tipo de deficiência concluímos que os praticantes com spina bífida são os que mais sentem atitudes de indiferença, comportamentos de segregação, obstáculos psicológicos e estereotipização. Os praticantes com paraplegia sentem-se, igualmente, alvo de estereótipo. Os praticantes com amputação são os que mais sentem atitudes de preconceito e discriminatórias, e apresentam maiores sentimentos de exclusão e estigmatização. O que nos leva a concluir que os praticantes com poliomielite, outra deficiência e paraplegia expressam uma maior representação positiva de inclusão social.

Para o período de aquisição não existem variações na tendência geral apresentada.

Relativamente à análise da sociabilidade ou convívio através do BCR, verificámos que a maioria (75%) considera este desporto como uma forma de convívio “Muito importante” e os restantes consideram-na “Importante”. Assim, todos os praticantes consideram que o BCR é uma forma de convívio muito valorizada nas suas vidas, conseqüentemente incrementando a sua sociabilidade. O mesmo sucedendo nos estudos realizados por Giacobbi *et al.* (2008), Blinde & McClung (1997) e Martin & Smith (2002), em que a actividade física aumenta as experiências e interacções sociais com outras pessoas com ou sem deficiência. Para além disso, ajuda os praticantes a iniciarem actividades sociais em outros contextos das suas vidas, como por exemplo, sair mais de casa e experienciar tarefas diferentes (Blinde & McClung, 1997).

O nosso estudo apresenta variações segundo o tipo de deficiência e período de aquisição, tal como pressupunha a nossa hipótese, contudo também apresenta variações na idade e grupo social, contrariamente ao que foi proposto na hipótese.

Os dados apontaram, também, que esta tendência se expressa sobretudo nos mais jovens (Swanson *et al.* 2008), em que a interacção social é mais importante para os praticantes mais novos, nos inseridos em grupos sociais com menores recursos, com poliomielite ou outra deficiência, e nos que adquiriram a deficiência de forma congénita.

Na análise do reconhecimento social obtido através da prática de BCR, verificámos que a grande maioria (64%) considera que o BCR é uma forma de reconhecimento do seu valor, tal como pressupunha a nossa hipótese, indo ao encontro do estudo realizado por Goodwin *et al.* (2004), em que a prática desportiva permite que se sintam mais valorizados socialmente.

No que respeita às formas de reconhecimento social que esta prática desportiva proporciona aos praticantes de BCR, segundo a sua auto-representação, concluímos que o BCR permite uma maior afirmação de igualdade perante os outros (27,9%), seguindo-se um reconhecimento social pelo público em geral (19,7%) e por outras instituições públicas/desportivas, bem como por outros atletas (18%). O reconhecimento social também pode ser visível para os praticantes dos meios de comunicação (9,8%), da escola (4,9%) e do trabalho (1,6%).

Verificámos que a nossa hipótese se confirma em parte para a idade, pois ainda que esta tendência se afirme mais a partir dos 41 anos, a maioria dos praticantes entre os 31 e 40 anos considera que o BCR não lhes permite serem mais reconhecidos socialmente. O mesmo sucede segundo o tipo de deficiência, em que a maioria dos praticantes amputados partilha da mesma opinião. Contudo a nossa hipótese confirma-se em parte segundo o grupo social, sobretudo nos inseridos em grupos sociais com menores recursos, e confirma-se segundo o período de aquisição, nos que adquiriram a deficiência de forma congénita.

Podemos, assim, concluir relativamente à primeira hipótese que os praticantes de BCR apresentam uma auto-estima bastante elevada (sobretudo os praticantes entre os 51 e 60 anos, os inseridos em grupos sociais com maiores recursos e com poliomielite); uma representação positiva de inclusão social (sobretudo os praticantes entre os 41 e 50 anos, os inseridos no grupo social SEE, os com poliomielite e outra deficiência); e consideram que este desporto lhes incrementa a sociabilidade (sobretudo os mais jovens, os inseridos em grupos sociais com maiores recursos, os com poliomielite e outra deficiência e os que adquiriram a deficiência de forma congénita); e, com excepção dos praticantes entre os 31 e 40 anos e os praticantes com amputação, contribui para o reconhecimento do seu valor (sobretudo para os mais velhos, os inseridos em grupos sociais com menores recursos e os que adquiriram a deficiência de forma congénita).

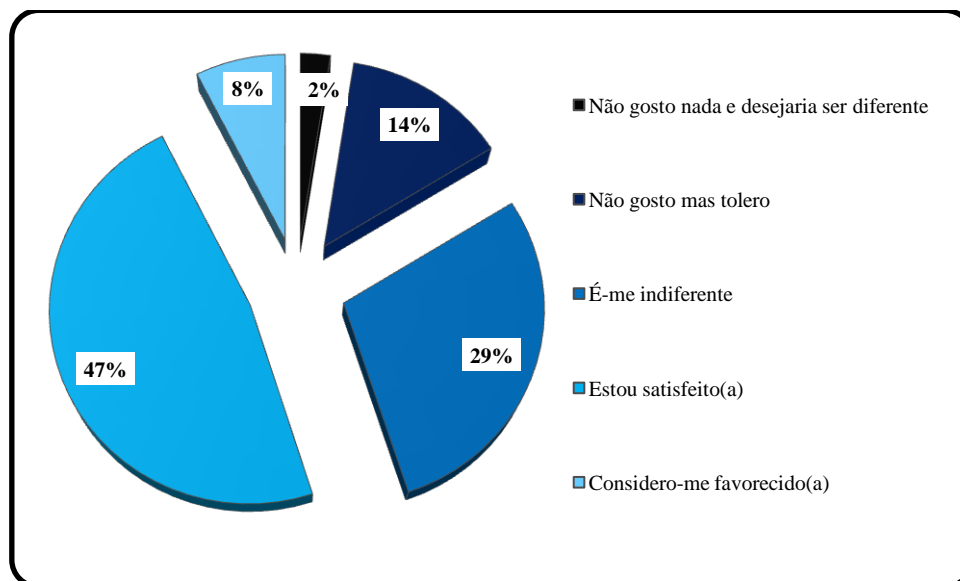
## 4.2. SATISFAÇÃO DOS PRATICANTES DE BCR RELATIVAMENTE À SUA IMAGEM CORPORAL, IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DESPORTIVA, CONDIÇÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA

A nossa segunda hipótese pressupunha que a maioria dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) afirma estar satisfeita com a sua imagem corporal e dá grande importância à prática de BCR e à condição física que este lhes proporciona, sendo que a prática deste desporto contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, independentemente da idade, do grupo social e do tipo de deficiência.

### 4.2.1. Satisfação com a Imagem Corporal

Para averiguar a satisfação dos praticantes de BCR face à sua imagem corporal foi-lhes questionado como a avaliariam. Procedendo à análise das suas respostas conclui-se que a maioria dos praticantes de BCR considera-se satisfeita com a sua imagem corporal (47%), seguindo-se os praticantes para quem a imagem corporal é indiferente (29%), os que não gostam mas toleram-na (14%), os que consideram que são favorecidos (8%) e, por fim, os que não gostam nada e desejariam ser diferentes (2%), como podemos observar no gráfico 25.

Gráfico 25. Imagem corporal dos praticantes de BCR



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

Podemos concluir que os dados apontam para uma satisfação/aceitação da imagem corporal pela maioria dos praticantes do BCR. Este facto pode dever-se de o desporto ajudar os praticantes a reconhecer a sua funcionalidade corporal ao mesmo tempo que os ajuda a diminuir as suas preocupações com a imagem corporal, sucedendo igualmente num estudo realizado por Blinde & McClung (1997), em praticantes com deficiência motora. Num estudo realizado por Cromer *et al.* (1990) concluiu-se que adolescentes com deficiência motora apresentam níveis mais baixos de imagem corporal relativamente aos seus pares sem deficiência, sucedendo igualmente em adultos jovens (Wolman *et al.*, 1994). Nestes estudos foi verificado um impacto negativo na imagem corporal em pessoas com deficiência motora, contrariamente ao nosso estudo, o que nos leva a concluir que a prática desportiva tem um impacto positivo na imagem corporal de pessoas com deficiência motora.

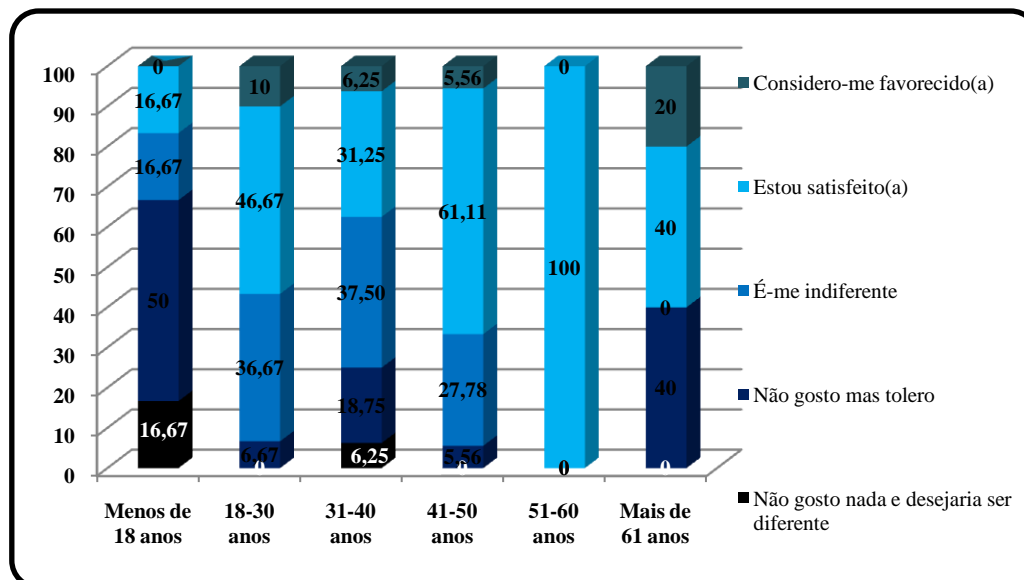
Vejamos agora se esta tendência se expressa igualmente segundo a idade, o grupo social, o tipo de deficiência e o período de aquisição tal como pressupunha a nossa segunda hipótese.

### Segundo a idade

No que concerne a satisfação da imagem corporal segundo a idade dos praticantes (v. Gráfico 26), podemos concluir que os praticantes com idade inferior a 18 anos, por isso os mais jovens, são os que mais se encontram insatisfeitos com a sua imagem corporal, pois metade dos praticantes com estas idades não gosta da sua imagem corporal mas tolera-a. Para além disso, também é o escalão etário que apresenta maiores valores relativamente à categoria “Não gosto nada” e “Desejaria ser diferente” (16,67%). Os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e entre os 41 e 60 anos são os que mais se encontram satisfeitos com a sua imagem corporal.



**Gráfico 26. Imagem corporal dos praticantes de BCR segundo a idade**



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

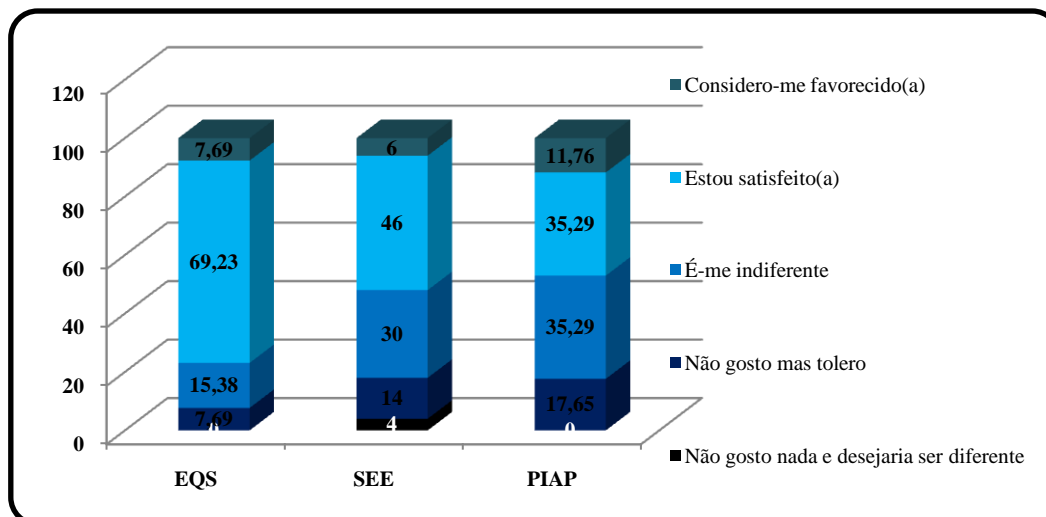
Os praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos consideram que a sua imagem corporal lhes é indiferente (37,50%), seguindo-se os que estão satisfeitos com a sua imagem corporal (31,25%), e, por último, os praticantes com mais de 61 anos que se consideram satisfeitos (40%), favorecidos (20%) ou então não gostam mas toleram a sua imagem corporal (40%).

Os factos denotam, assim, que a satisfação com a imagem corporal é directamente proporcional à idade. Deste modo, a nossa hipótese apenas se confirmou em parte, já que a satisfação com a sua imagem corporal não é independente da idade.

### Segundo o grupo social

No que concerne ao grupo social, podemos concluir que os praticantes com maiores recursos sociais são os que mais se encontram satisfeitos com a sua imagem corporal, contrariamente aos praticantes com menores recursos sociais (v. Gráfico 27).

**Gráfico 27. Imagem corporal dos praticantes de BCR segundo o grupo social**



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

Como se pode ver no gráfico 27, de entre os praticantes que pertencem ao grupo social EQS, a grande maioria deste grupo encontra-se satisfeita com a sua imagem corporal (69,23%), seguindo-se o grupo para quem é indiferente (15,38%) e, com percentagens iguais, seguem-se os praticantes que não gostam mas toleram e aqueles que se consideram favorecidos (7,69% para as duas categorias).

No grupo social SEE, à semelhança do grupo EQS, a grande maioria deste grupo considera-se satisfeita com a sua imagem corporal (46%), seguindo-se os praticantes para quem a sua imagem corporal é indiferente (30%), seguindo-se os praticantes que não gostam mas toleram (14%) e, com percentagens reduzidas, os que se consideram favorecidos e aqueles não gostam nada e desejariam ser diferentes (6% e 4%, respectivamente).

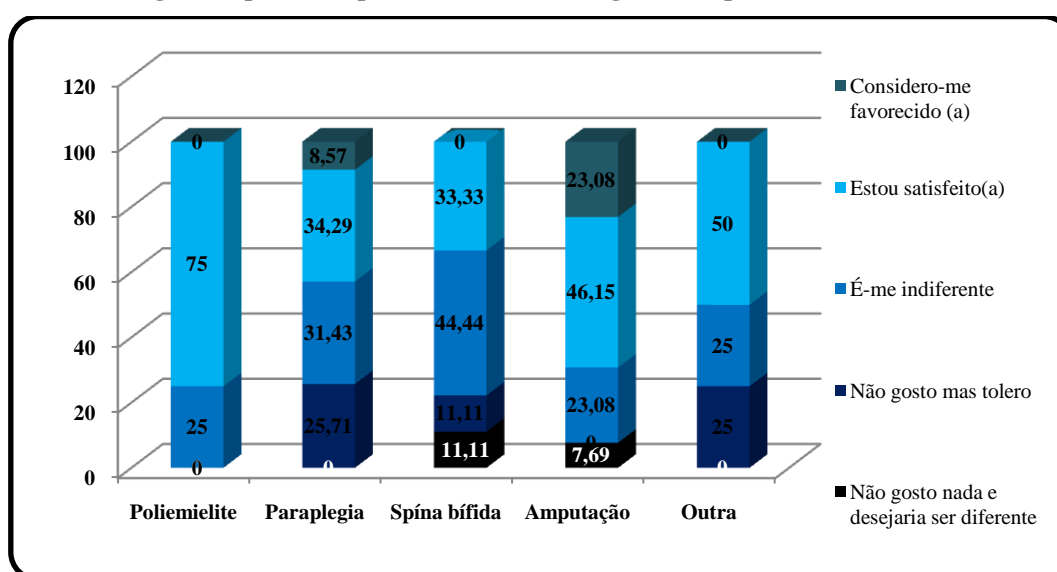
No grupo PIAP, os praticantes que estão satisfeitos com a sua imagem corporal e os que se consideram indiferentes face à imagem corporal apresentam a mesma percentagem (35,29% para cada categoria), seguindo-se, com ligeiras diferenças, os praticantes que não gostam mas toleram-na e aqueles que se consideram favorecidos (17,65% e 11,76% respectivamente).

Desta forma, esta variável é proporcional aos recursos sociais, ou seja, à medida que aumenta a satisfação com a imagem corporal aumentam também os recursos sociais, contrariando em parte a nossa hipótese, em particular no que pressupunha não haver diferenças segundo os grupos sociais.

## Segundo o tipo de deficiência

A nossa hipótese, segundo o tipo de deficiência, confirma-se em parte, pois a maioria dos praticantes com spina bífida e paraplegia considera-se menos satisfeita com a sua imagem corporal, contrariamente aos praticantes com poliomielite, amputação e outra deficiência (v. Gráfico 28) que se consideram, na maioria, satisfeitos.

**Gráfico 28. Imagem corporal dos praticantes de BCR segundo o tipo de deficiência**



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

Assim, de acordo com o gráfico 28, a maioria dos praticantes com poliomielite (75%) está satisfeita com a sua imagem corporal, seguindo-se os que a consideram indiferente (25%). 34,29% dos praticantes com paraplegia estão satisfeitos com a sua imagem corporal, seguindo-se os praticantes para quem é indiferente (31,43%), os que não gostam mas toleram (25,71%) e, por último, os que se consideram favorecidos (8,57%). Dos praticantes com spina bífida, 44,44% consideram que a sua imagem corporal lhes é indiferente, 33,33% encontram-se satisfeitos, 11,11% não gostam nada e desejariam ser diferentes e, com a mesma percentagem, os que não gostam mas toleram a sua imagem corporal.

Segundo os praticantes com amputação, 46,15% estão satisfeitos com a sua imagem corporal, 23,08% consideram-se favorecidos e, com a mesma percentagem, os praticantes cuja imagem corporal lhes é indiferente, e, por último, com 7,69% os que não gostam nada e desejariam ser diferentes.

Os praticantes que apresentam outra deficiência consideram-se na sua maioria satisfeitos com a sua imagem corporal (50%), os restantes dividem-se entre os que não gostam mas toleram-na (25%) e os que consideram a sua imagem corporal indiferente (25%).

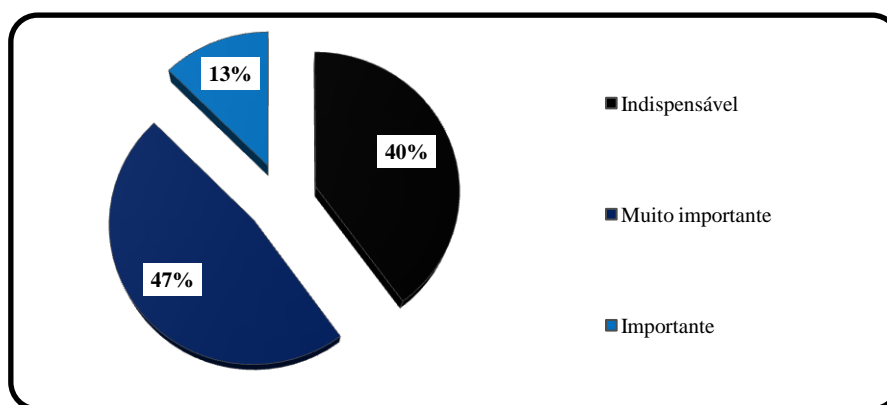
Segundo o tipo de deficiência, os únicos que se consideram favorecidos com a sua imagem corporal são os praticantes com paraplegia (8,57%) e amputação (23,08%).

Podemos assim concluir que os praticantes com spina bífida e paraplegia são os que menos se encontram satisfeitos com a sua imagem corporal, contrariando em parte a nossa hipótese que, como temos vindo a referir, pressupunha não haver diferenças segundo as variáveis independentes consideradas, neste caso o tipo de deficiência. Também num estudo realizado por Taleporos & McCabe (2005) ficou demonstrado que as pessoas que apresentam uma deficiência mais severa e que são mais dependentes nas suas tarefas diárias apresentam valores mais baixos de auto-estima corporal.

#### 4.2.2. Importância do BCR

Relativamente à importância que os praticantes de BCR atribuem a esta modalidade, verificamos que a grande maioria a considera muito importante ou indispensável, como podemos visualizar no gráfico 29:

Gráfico 29. Importância do BCR



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

Podemos assim concluir que os dados confirmam a nossa hipótese, que pressupunha que os praticantes do BCR dão grande importância à prática desportiva (87% afirma ser muito importante ou indispensável). Num estudo realizado por Martin *et al.* (1995) ficou demonstrado a importância do desporto para atletas adolescentes com deficiência.

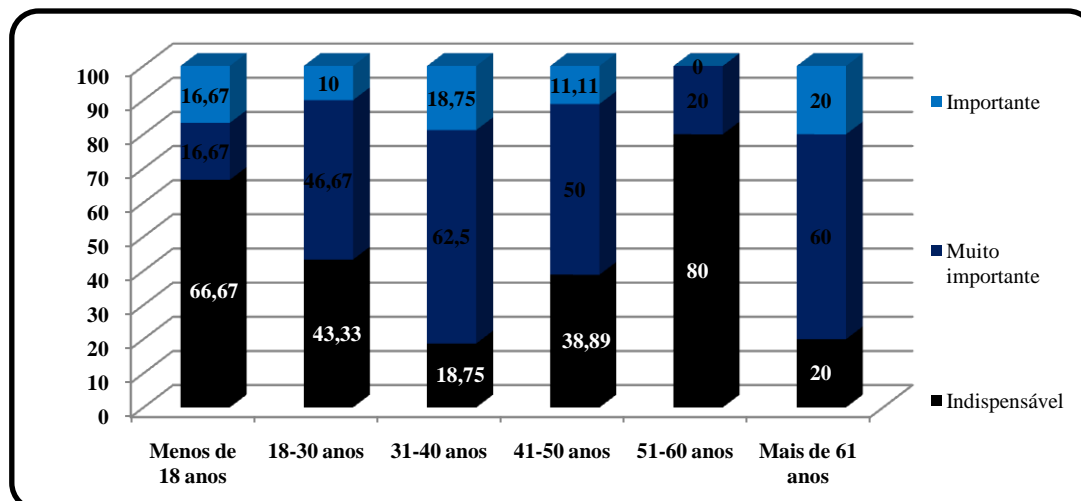
Num estudo qualitativo realizado por Giacobbi *et al.* (2008) ficou igualmente demonstrada a importância do DA para praticantes com deficiência motora, quando um atleta de 47 anos respondeu que o desporto foi a melhor coisa que lhe acontecera desde a lesão. Outro atleta de 46 anos respondeu que o desporto lhe permitiu competir a um nível internacional, ganhar campeonatos nacionais e, para além disso, tem dois filhos incríveis, uma boa mulher, um bom trabalho e vive num lugar onde é feliz. Para as pessoas com deficiência, o DA assume uma importância diferente do desporto em geral, como podemos ver no estudo realizado por Goodwin *et al.* (2004), onde ficou demonstrado, que através do desporto, a deficiência não é experienciada de uma forma negativa e que quem o pratica sente que todas as pessoas são iguais e partilham uma experiência comum e uma biografia baseada na deficiência. Para além disso, através do desporto e actividade física reforça-se a capacidade ao invés da incapacidade (Taub *et al.*, 1999).

Vejamos agora qual a tendência segundo as variáveis independentes consideradas, de modo a concluirmos a análise da nossa segunda hipótese.

### Segundo a idade

Como foi analisado anteriormente, o BCR ocupa um lugar muito importante na vida destes praticantes. Assim, segundo a idade verificámos que a maioria dos praticantes com menos de 18 anos e com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos consideram esta prática desportiva indispensável (v. Gráfico 30). A maioria dos praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos e os praticantes com mais de 61 anos considera esta prática desportiva muito importante.

**Gráfico 30. Importância do BCR segundo a idade**



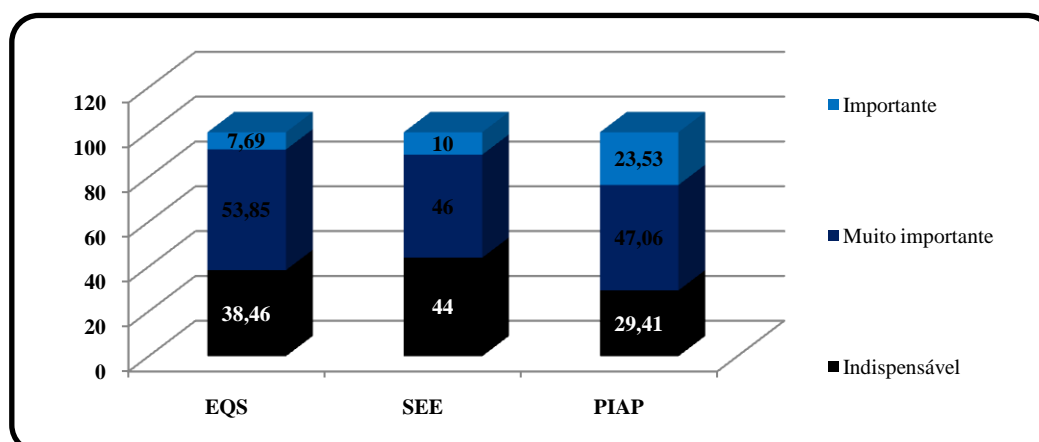
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

No geral, podemos concluir que todos os escalões etários dão grande importância à PDA, sobretudo os com menos de 18 anos e entre 51 e 60 anos. Deste modo, encontram-se variações segundo a idade, o que contraria em parte a nossa hipótese.

### Segundo o grupo social

De acordo com o gráfico 31, relativamente à importância atribuída à prática desportiva verificamos que a nossa hipótese se confirma em parte, segundo o grupo social. Podemos observar que tanto o grupo EQS como SEE atribui uma maior importância relativamente ao grupo PIAP.

**Gráfico 31. Importância do BCR segundo o grupo social**



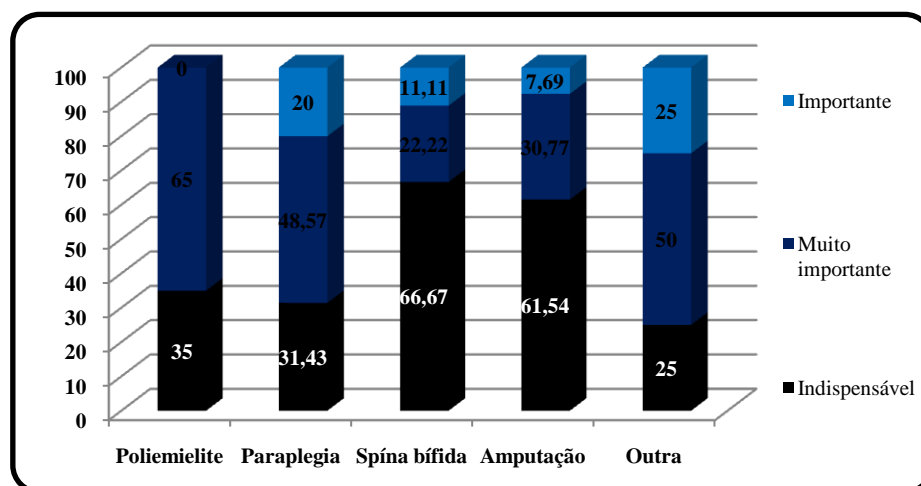
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Concluindo, todos os grupos sociais dão grande importância à prática do BCR, sobretudo os com maiores recursos, o que contraria em parte a nossa hipótese que considerava não existirem diferenças face aos grupos sociais.

#### Segundo o tipo de deficiência

De acordo com o tipo de deficiência, a maioria dos praticantes considera, igualmente, que a prática desportiva é muito importante ou indispensável (v. Gráfico 32). No caso dos praticantes com spina bífida e amputação esta importância é na maioria indispensável (66,67% e 61,54%, respectivamente).

**Gráfico 32. Importância do BCR segundo o tipo de deficiência**



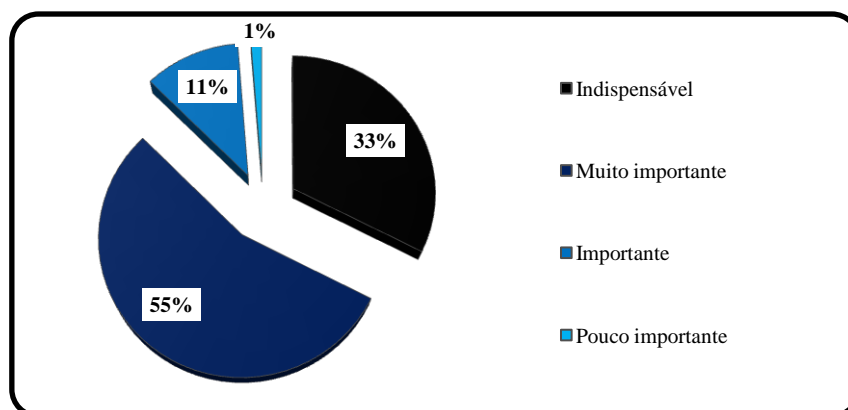
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Assim, podemos concluir que todos os praticantes dão grande importância à prática desportiva do BCR, sobretudo os com spina bífida e amputação, contrariando em parte a nossa hipótese.

#### **4.2.3. Importância Atribuída à Condição Física**

Como podemos observar, no gráfico 33, a importância que os praticantes atribuem à sua condição física, advinda da prática do BCR é, na sua maioria, muito importante (55%), seguindo-se os que a consideram indispensável (33%) e importante (11%). Apenas uma pequena parte dos praticantes de BCR considera a condição física pouco importante (1%).

**Gráfico 33. Importância atribuída à condição física**



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

Os dados confirmam, assim, a nossa segunda hipótese ao pressupor que os praticantes de BCR atribuíam grande importância à condição física proporcionada pela prática deste desporto. Encontramos evidências similares noutros estudos no que concerne aos benefícios relacionados com a saúde, nomeadamente físicos, como é o caso de um estudo realizado por Giacobbi *et al.* (2008), em que os participantes, também praticantes de BCR apresentaram melhorias nas percepções relativamente aos benefícios físicos adquiridos através do desporto, nomeadamente no controlo da dor, saúde cardiovascular, melhoria do sono e do tónus muscular. Blundell *et al.* (2003) concluiu que alunos com paralisia cerebral melhoraram a força e a performance funcional através de um programa de exercício físico com a duração de 4 semanas. Hicks *et al.* (2003) concluiu, igualmente, que, após um programa de exercício físico, que as pessoas com lesão vértebro-medular (LVM) se encontravam mais satisfeitas com a sua função física e com o nível percebido de saúde. Também Lavis *et al.* (2007) concluiu que a actividade física regular aumenta a condição física de pessoas com LVM. E, Crawford *et al.* (2008) verificou que as pessoas com problemas de mobilidade que apresentam um nível elevado de actividade física avaliam de uma forma muito mais positiva a sua condição de saúde do que as pessoas que apresentam baixa actividade física ou então que são inactivas.

De seguida, vejamos se existem variações desta tendência segundo as variáveis independentes identificadas na hipótese.

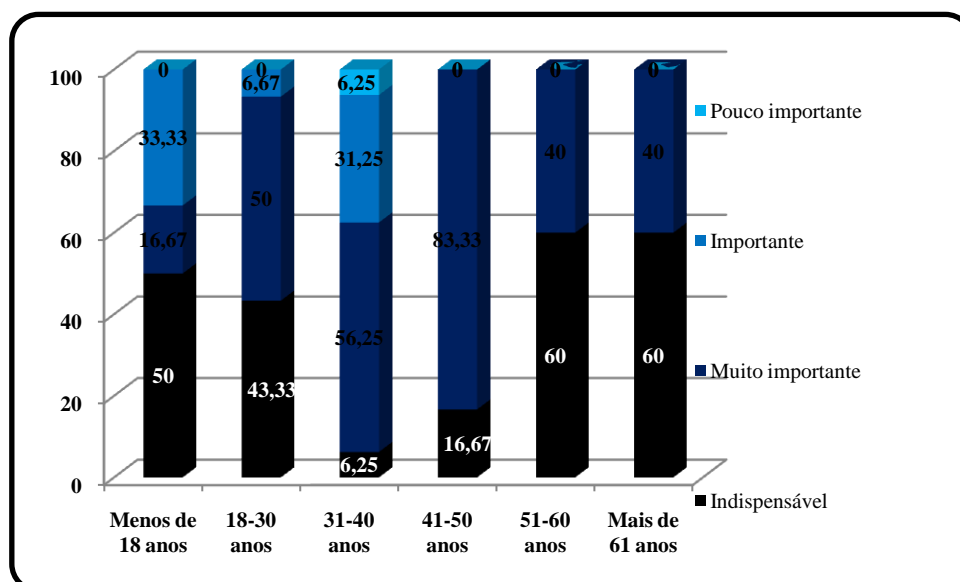


## Segundo a idade

No que concerne à variável idade verificamos que, em qualquer um dos escalões etários, a condição física dos praticantes de BCR é, segundo a sua opinião, de grande importância.

Como podemos observar no gráfico 34, as categorias com maior representatividade, para qualquer escalão etário, relativamente ao grau de importância que cada praticante atribui à sua condição física são “indispensável”, “muito importante” e “importante”. Os praticantes mais novos e com mais de 51 anos são os que atribuem maior importância à sua condição física.

**Gráfico 34. Importância atribuída à condição física segundo a idade**



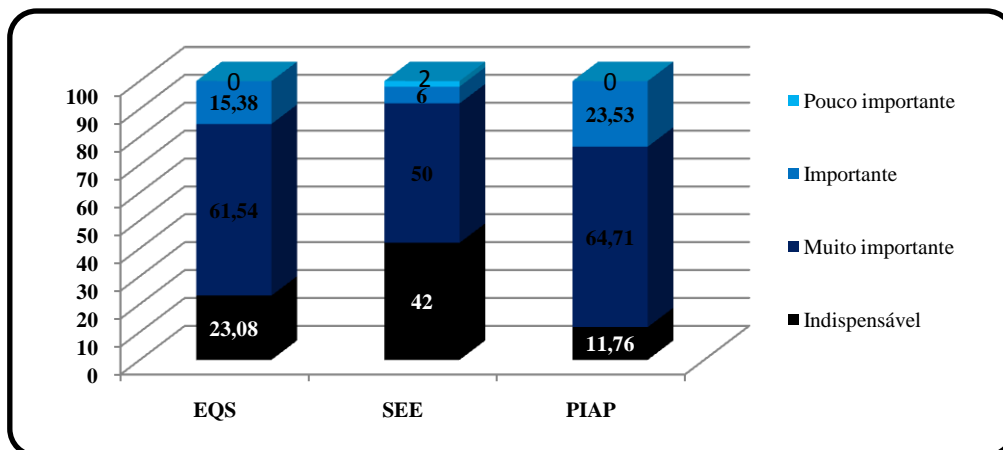
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Como elucida o gráfico 34, o grau de importância tende a aumentar a partir dos 41 anos, registando-se, por isso, uma variação segundo a idade, o que contraria em parte a nossa hipótese.

## Segundo o grupo social

Os praticantes de BCR, inseridos em qualquer um dos grupos sociais, atribuem à sua condição física uma grande importância (v. Gráfico 35).

**Gráfico 35. Importância atribuída à condição física segundo o grupo social**



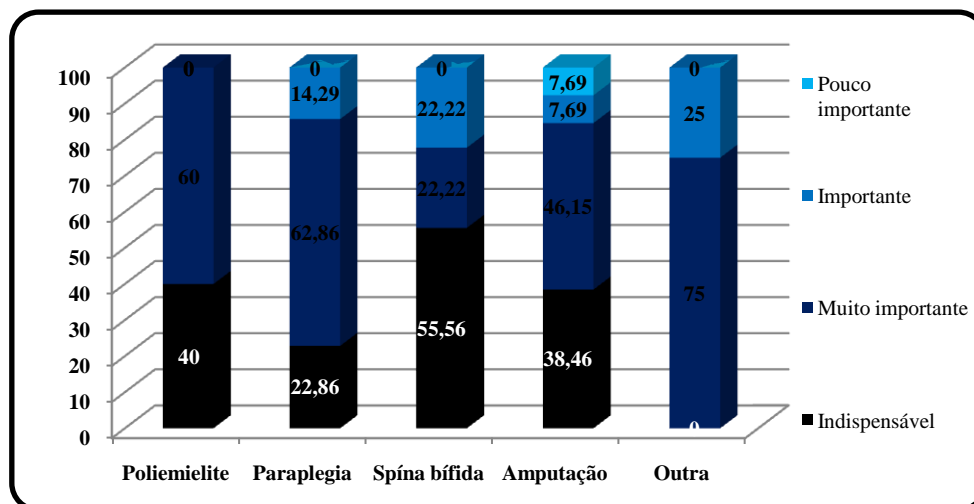
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Contudo, o grau de importância é superior nos grupos sociais com maiores recursos, verificando-se, assim, variações segundo o grupo social, contrariando parte da nossa hipótese.

#### Segundo o tipo de deficiência

No gráfico 36, verificamos que os praticantes de BCR, independentemente do seu tipo de deficiência, consideram a sua condição física de grande importância. No entanto os praticantes com spina bífida e os com poliomielite são os que lhe atribuem maior importância, encontrando-se assim diferenças segundo o tipo de deficiência, contrariamente ao que pressupunha a nossa hipótese.

**Gráfico 36. Importância atribuída à condição física segundo o tipo de deficiência**



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

## Razões da Prática Desportiva

No sentido de aprofundarmos a importância da condição física na prática do BCR, pretendemos saber quais as principais razões que os levam à prática deste desporto. Assim, entre as principais razões apontadas pelos praticantes de BCR para a prática desportiva, encontramos as preocupações relacionadas com a sociabilidade proporcionada (19%), a condição física (17%) e o gosto pelo desporto (13%), como podemos observar no gráfico 37.

Segundo os dados do Eurobarómetro<sup>37</sup>, para os países da UE, entre as principais razões para praticar uma actividade física encontram-se a melhoria da saúde (61%), do fitness (41%) e o relaxamento (39%). No caso de Portugal, as principais razões apontadas para a participação desportiva foram a melhoria da saúde (65%), para relaxar (35%) e pelo divertimento (22%).

No último estudo nacional sobre os hábitos desportivos, de 1998, entre as principais razões apontadas pelos inquiridos para a prática desportiva encontram-se as preocupações com a condição física e com o corpo (86%)<sup>38</sup>. O divertimento proporcionado pela prática (64%)<sup>39</sup>, seguido pelo gosto (45%) e a sociabilidade proporcionada (31%), (Marivoet, 2001). Comparativamente com o nosso estudo e agrupando as mesmas categorias verificamos as mesmas razões da prática desportiva dos praticantes de BCR, assim, entre as principais razões encontram-se as preocupações com a condição física e com o corpo (22%), o divertimento proporcionado pela prática (22%), e a sociabilidade proporcionada (19%) seguido pelo gosto (13%), (v. Gráfico 37). Contudo, o grau de importância do gosto e a sociabilidade proporcionada surgem de forma oposta no nosso estudo.

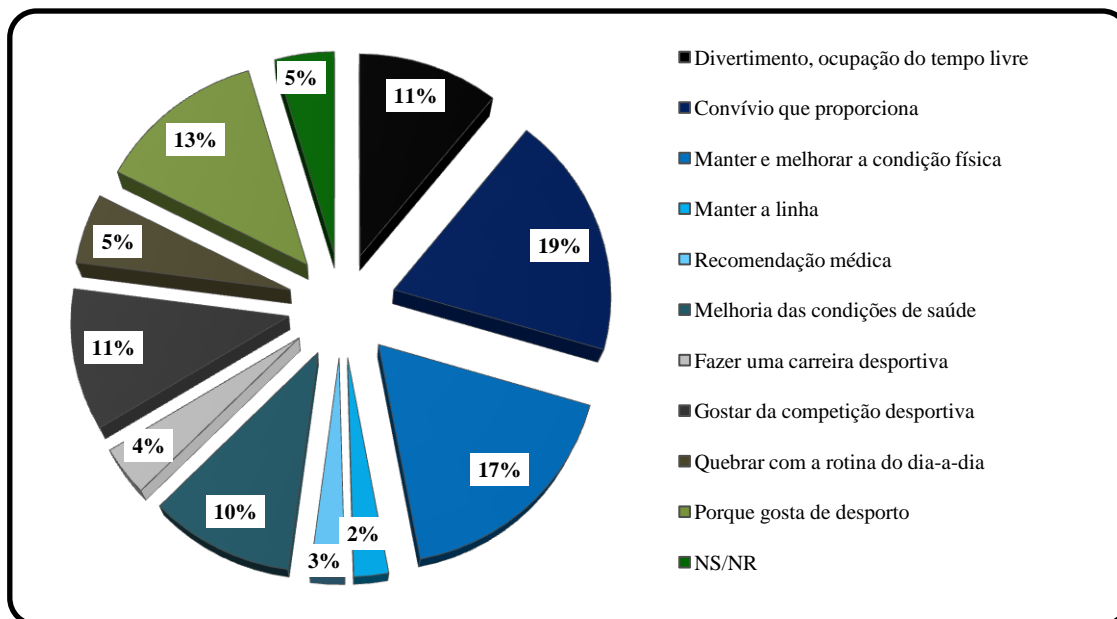
---

<sup>37</sup> O Eurobarómetro foi um estudo realizado pela COMISSÃO EUROPEIA – Direcção Geral da Educação e Cultura. Neste estudo foram inquiridos 26,788 cidadãos europeus entre 2 de Outubro a 19 de Outubro de 2009, nos 27 países membros da União Europeia. Este estudo foi realizado no âmbito do Desporto e da Actividade Física.

<sup>38</sup> Foram consideradas as categorias “Manter ou melhorar a Condição Física”, “Recomendação Médica”, e “Manter a linha”.

<sup>39</sup> Reuniram-se as categorias de “Lazer – Divertimento/Ocupação do Tempo Livre” e “Gostar da competição desportiva”.

**Gráfico 37. Razões da prática desportiva**



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

No caso do DA, encontramos como principais razões para a prática desportiva de pessoas com LVM: a manutenção de uma boa condição física, a melhoria da força do trem superior, o sair fora de casa e conhecer pessoas (Tasiemski *et al.*, 2004). Num outro estudo encontrámos, também, como principais razões: a manutenção de uma boa condição física e melhoria da força do trem superior. Para além destas razões foram, ainda, mencionadas o divertimento de praticar desporto, a competição, a melhoria da auto-estima e um maior controlo sobre o peso corporal. As menos importantes foram a diminuição da dor, o sair fora de casa e simplesmente o se manterem activos (Tasiemski *et al.*, 2000). Podemos concluir que a manutenção de uma boa condição física no caso de dois estudos realizados no DA (Tasiemski *et al.*, 2000; 2004) surge, igualmente, como principal preocupação no nosso estudo.

No caso do nosso estudo, como primeira razão apontada encontra-se manter e melhorar a condição física (30%), seguindo-se o gosto pelo desporto (16%), gostar da competição desportiva (14%), em quarto lugar surge o divertimento, ocupação do tempo livre (12%), seguido do convívio que proporciona (11%), fazer uma carreira desportiva (8%), melhoria das condições de saúde (3%) e, por último, por recomendação médica (2%), de acordo com os valores expressos no quadro 22:

**Quadro 22: Razões para a prática desportiva (%)**

Razões	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>
	Razão	Razão	Razão
Manter e melhorar a condição física	30	11	11
Porque gosta de desporto	16	3	20
Gostar da competição desportiva	14	15	4
Divertimento, ocupação do tempo livre	12	14	6
Convívio que proporciona	11	15	30
Fazer uma carreira desportiva	8	2	1
Melhoria das condições de saúde	3	24	5
Recomendação médica	2	2	3
Quebrar com a rotina do dia-a-dia	-	5	11
Manter a linha	-	4	4
NS/NR	4	5	5

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

Quando inquiridos relativamente à segunda razão, verificamos que os praticantes referem como principais razões a melhoria das condições de saúde (24%), o convívio que proporciona e gostar da competição desportiva (15%, para cada razão), divertimento, ocupação do tempo livre (14%), manter e melhorar a condição física (11%), (v. Quadro 22).

Como podemos ainda observar no quadro 22, entre as terceiras razões mais apontadas encontram-se o convívio que proporciona (30%), o gosto pelo desporto (20%), o manter e melhorar a condição física e o quebrar com a rotina do dia-a-dia (11%, para cada razão).

Podemos concluir que apesar de os praticantes apresentarem várias razões para a prática do BCR, nomeadamente a sociabilidade, já analisada no ponto anterior, na primeira, segunda e terceira razões mais apontadas encontram-se as preocupações com a condição física e a saúde.

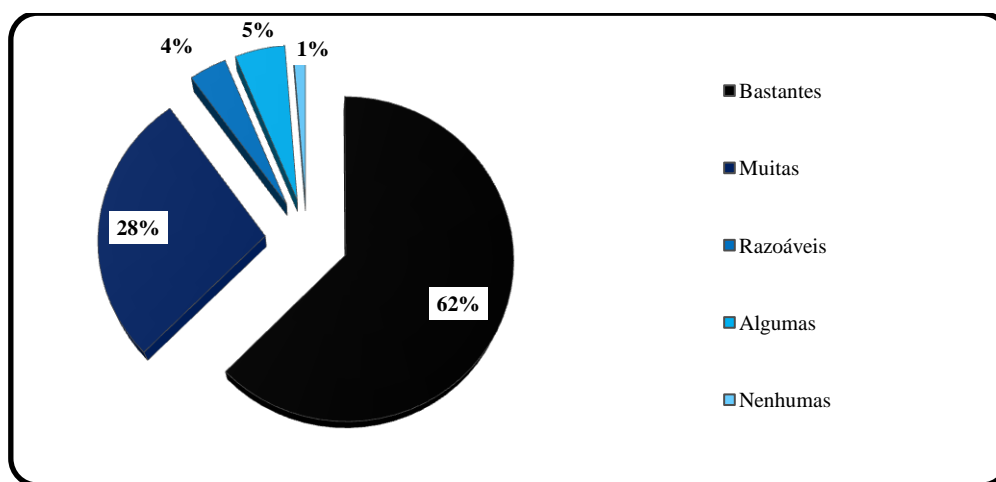
#### **4.2.4. Melhoria da Qualidade de Vida**

Observando o gráfico 38, verificamos que os praticantes de BCR consideram que esta modalidade lhes aumenta a qualidade de vida, confirmando-se assim a nossa hipótese. A grande maioria da nossa amostra considera que as melhorias são bastantes (62%), seguindo-se os que consideram que o BCR lhes traz muitas melhorias na sua qualidade

de vida (28%). Apenas 1% da nossa amostra considera que o BCR não traz melhorias na sua qualidade de vida, 5% considera que o BCR proporciona algumas melhorias e 4% considera que as melhorias na qualidade de vida são razoáveis.

Este resultado é consistente com o estudo realizado por Giacobbi *et al.* (2008), onde ficou demonstrado existir uma relação entre a actividade física e a qualidade de vida em praticantes de BCR. O mesmo sucedeu num estudo realizado por Stevens *et al.* (2008) em pessoas com LVM e num estudo realizado por Hicks *et al.* (2003), em que os participantes com LVM, após um programa de exercício físico, melhoraram significativamente a sua qualidade de vida.

**Gráfico 38. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida**



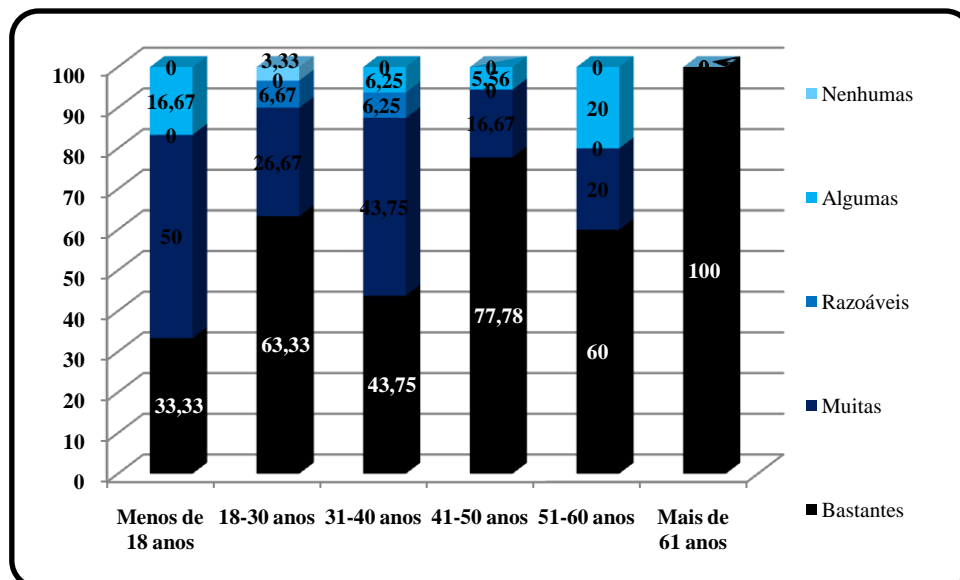
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

A fim de concluirmos a discussão da nossa hipótese, interessará agora analisar se se verificam variações segundo a idade, o grupo social e o tipo de deficiência.

### Segundo a idade

Segundo a idade, verificámos que a nossa hipótese continua a confirmar-se, pois para qualquer um dos escalões etários os praticantes consideram que o BCR lhes traz, na sua maioria, bastantes melhorias na qualidade de vida (v. Gráfico 39).

**Gráfico 39. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo a idade**



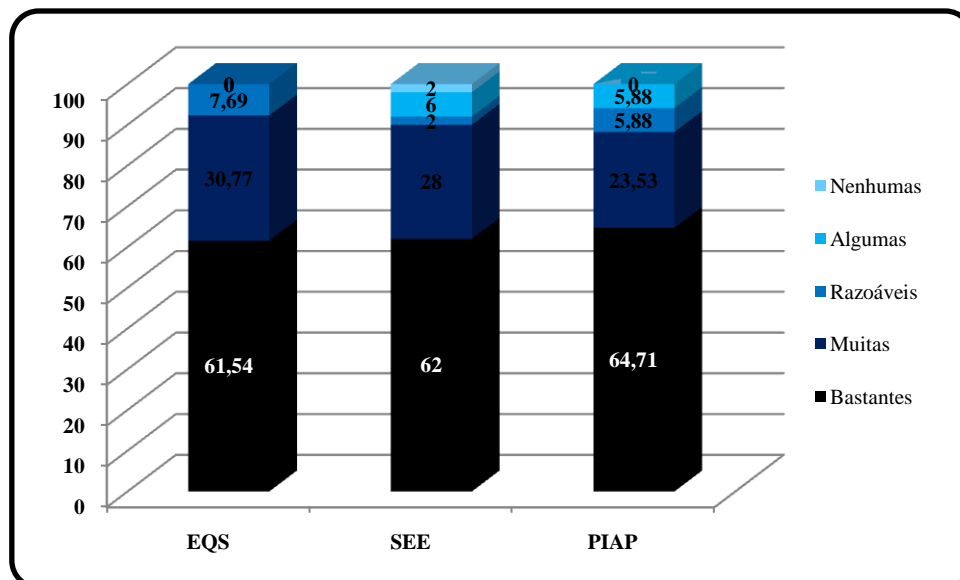
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Ainda assim, como elucida o gráfico 39, relativamente aos restantes escalões etários, os praticantes com menos de 18 anos e entre os 51 e 60 anos são os que apresentam menores valores de importância.

#### Segundo o grupo social

De acordo com o grupo social, verificamos a confirmação da nossa hipótese, pois qualquer um dos grupos sociais considera que o BCR lhes permite ter uma grande melhoria na qualidade de vida, como podemos observar no gráfico 40. Não existem grandes oscilações entre os três grupos sociais, confirmando-se, assim, na totalidade a nossa hipótese.

**Gráfico 40. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo o grupo social**

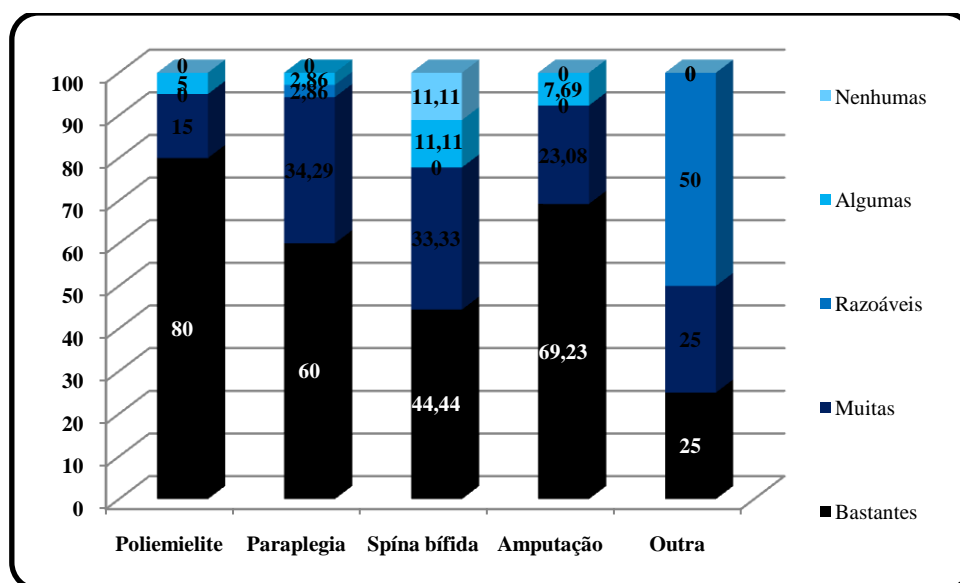


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Segundo o tipo de deficiência

Para qualquer tipo de deficiência, os praticantes de BCR consideram que esta modalidade provoca melhorias na qualidade de vida. Contudo os praticantes com outra deficiência e com spina bífida são os que menos consideram melhorias na sua qualidade de vida através do BCR, havendo por isso diferenças face ao tipo de deficiência, o que contraria em parte a nossa hipótese (v. Gráfico 41).

**Gráfico 41. Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo o tipo de deficiência**



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



#### 4.2.5. Apontamento Conclusivo

No início deste ponto referimos que a nossa segunda hipótese pressupunha que a maioria dos praticantes de BCR afirma estar satisfeita com a sua imagem corporal e dá grande importância à prática de BCR e à condição física que este lhes proporciona, sendo que a prática deste desporto contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, independentemente da idade, do grupo social e do tipo de deficiência.

Tendo por base a análise dos resultados da nossa amostra, verificámos que a nossa hipótese se confirma em parte. Na realidade, a maioria dos praticantes encontra-se satisfeita com a sua imagem corporal, dá grande importância à condição física e considera que o BCR lhes aumenta a qualidade de vida, ainda que esta tendência apresente variações segundo a idade, o grupo social e o tipo de deficiência.

Relativamente à satisfação com a imagem corporal, verificámos que mais de metade da nossa amostra se considera satisfeita (47%) ou então favorecida (8%), para 29% da nossa amostra é-lhes indiferente a sua imagem corporal, 14% não gosta mas tolera a imagem corporal e apenas uma parte reduzida da amostra não gosta nada da sua imagem corporal e desejaria ser diferente (2%); contrariamente às conclusões retiradas de vários estudos que demonstraram que a deficiência motora está associada a sentimentos negativos em relação ao corpo (Cromer *et al.*, 1990; Kettl *et al.*, 1991; Romeo *et al.*, 1993; Taleporos & McCabe, 2001a, 2002a; Wolman *et al.*, 1994).

Os factos apontaram que a satisfação com a imagem corporal é directamente proporcional à idade e ao grupo social, ou seja, à medida que aumenta a satisfação com a imagem corporal aumenta a idade, sucedendo igualmente para o grupo social. Segundo o tipo de deficiência, constatámos que a maioria dos praticantes considera-se satisfeita com a sua imagem corporal, ainda que os com spina bífida e paraplegia apresentem valores mais baixos do que os restantes. Estes resultados vão ao encontro do que afirma Taleporos & McCabe (2005), em que os participantes com deficiência motora mais severa apresentam níveis de auto-estima corporal mais baixos do que aqueles que têm deficiência motora menos severa ou não têm deficiência motora. Para além disso, as pessoas com deficiência motora que têm necessidade de maior assistência nas suas tarefas diárias também tinham mais probabilidades de apresentarem uma auto-estima corporal mais baixa.

Desta forma, a nossa hipótese confirma-se em parte, em particular no que pressupunha não haver diferenças segundo as variáveis independentes, neste caso, a idade, grupo social e tipo de deficiência.

Quando analisámos a importância que o BCR tem na vida dos praticantes, verificámos que a grande maioria considera que esta prática desportiva é muito importante ou indispensável (87%), ainda que se assistam a algumas variações segundo a idade, grupo social e tipo de deficiência. No caso da idade a importância é maior nos praticantes com menos de 18 anos e entre os 51 e 60 anos, no caso dos grupos sociais a importância é maior nos grupos com maiores recursos e, por fim, no caso do tipo de deficiência, a maior importância regista-se nos praticantes com spina bífida e amputação, contrariando em parte a nossa hipótese.

Na investigação sobre o grau de importância que os praticantes de BCR atribuem à sua condição física, verificámos que a maioria a considera indispensável ou muito importante (88%), sucedendo, igualmente, nos estudos realizados por Giacobbi *et al.* (2008), em praticantes de BCR; Hicks *et al.* (2003) e Lavis *et al.* (2007), em pessoas com LVM; Blundell *et al.* (2003), em alunos com paralisia cerebral; e Crawford *et al.* (2008), em pessoas com problemas de mobilidade. Confirmando-se, desta forma, a nossa hipótese, ainda que com algumas variações segundo a idade, grupo social e tipo de deficiência.

Assim, segundo a idade, constatámos que tanto a maioria dos praticantes mais novos como os praticantes com mais de 51 anos consideram a sua condição física indispensável, sendo que o grau de importância tende a aumentar a partir dos 41 anos. Segundo o grupo social, a maioria dos praticantes pertencente aos três grupos sociais, PIAP, SEE e EQS, consideram a condição física muito importante. Contudo o grau de importância é superior nos grupos sociais com maiores recursos. No que respeita à variável tipo de deficiência constatámos que a maioria dos praticantes considera a condição física muito importante, sobretudo os com spina bífida e os com poliomielite.

Entre as principais razões da prática desportiva apontadas pelos praticantes de BCR encontramos a sociabilidade proporcionada por esta prática desportiva (19%), a condição física (17%), o gosto pelo desporto (13%). Como vimos, comparando com os dados do Eurobarómetro, encontramos outras razões diferentes das dos praticantes de BCR.

Fazendo a comparação entre o nosso estudo e agrupando as mesmas categorias do último estudo nacional aos hábitos desportivos (Marivoet, 2001), encontramos as mesmas razões, embora com grau de importância diferentes. Apesar da importância atribuída à sociabilidade no conjunto das três razões principais, quando inquiridos sobre a primeira razão, a condição física surge em primeiro lugar, reafirmando-se assim a sua importância no conjunto das razões apontadas para a prática do BCR. O mesmo sucedeu em estudos realizados no DA, em que a condição física se assume como principal razão para a prática desportiva, em pessoas com LVM (Tasiemski *et al.*, 2000; 2004).

Por último, analisámos a melhoria da qualidade de vida segundo a opinião dos praticantes de BCR. Assim, constatámos, que independentemente da idade, grupo social e tipo de deficiência, a maioria considera que esta prática desportiva lhes proporciona bastantes melhorias na sua qualidade de vida. O mesmo se verificou em estudos realizados em pessoas com deficiência (Ferreira, 1993; Rejeski *et al.*, 1996; Blinde & McClung, 1997; Hicks *et al.*, 2003; Tasiemski *et al.*, 2004; Giacobbi *et al.*, 2008; Stevens *et al.*, 2008), confirmando-se, assim, a nossa hipótese, ainda que com variações no caso do tipo de deficiência. Constatámos que a maioria dos praticantes com poliomielite, paraplegia e amputação atribuem bastantes melhorias na sua qualidade de vida através da prática de BCR, embora os que apresentam outra deficiência e com spina bífida sejam os que menos considerem melhorias na sua qualidade de vida.

Podemos assim concluir para a segunda hipótese que, com excepção dos praticantes com menos de 18 anos e em menor grau pelos praticantes com spina bífida e paraplegia, a maioria dos praticantes de BCR afirma estar satisfeita com a sua imagem corporal (sobretudo os mais velhos e os que se encontram inseridos em grupos sociais com maiores recursos); dá grande importância à prática de BCR (sobretudo os com menos de 18 anos e entre os 51 e 60 anos, os inseridos em grupos sociais com maiores recursos e os com spina bífida e amputação) assim como à condição física que o BCR lhes proporciona (sobretudo a partir dos 41 anos, nos grupos com maiores recursos, e os praticantes com spina bífida e os com poliomielite), sendo que a prática deste desporto contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, independentemente da idade, do grupo social e do tipo de deficiência, ainda que os com outra deficiência e com spina bífida considerem menores as melhorias.

### **4.3. SATISFAÇÃO COM A PRÁTICA DESPORTIVA DO BCR**

E, por fim, a terceira e última hipótese pretende investigar se a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva com o BCR, se apresentou uma regularidade ao longo do tempo, sendo que actualmente com uma elevada intensidade e frequência, encontrando-se satisfeita com o desempenho dos profissionais, apesar de insatisfeita com a acessibilidade às infra-estruturas para a prática desportiva do Basquetebol em Cadeira de rodas, em particular as barreiras arquitectónicas e a falta de apoio financeiro e logístico, independentemente da idade e do tipo de deficiência.

#### **4.3.1. Percurso Desportivo do Atleta**

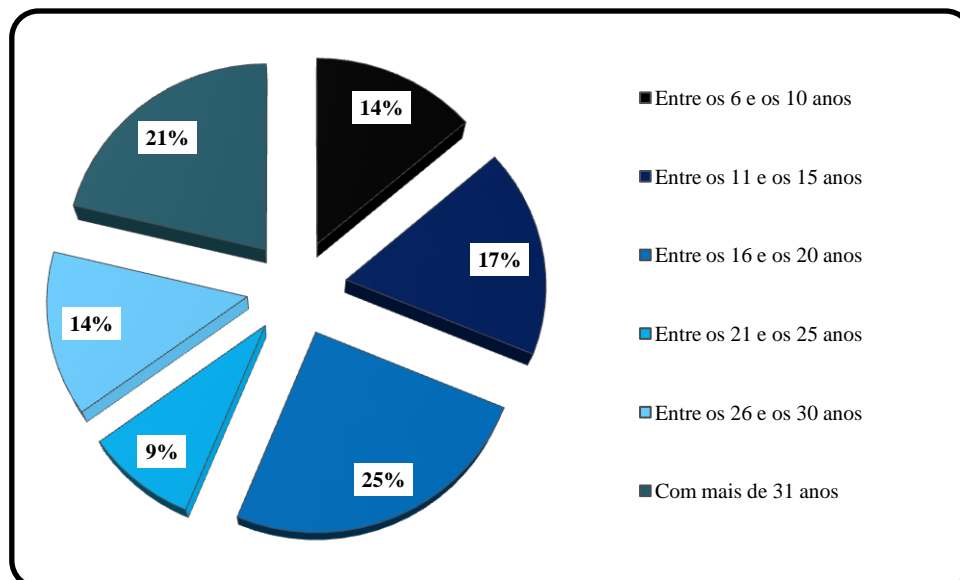
No sentido de se poder verificar qual foi o percurso desportivo dos praticantes de BCR, será analisado o início da sua prática desportiva, onde se inclui se o BCR foi a modalidade que esteve no início da sua prática desportiva, a idade do início, no caso dos praticantes que não iniciaram a prática desportiva com o BCR quais foram as modalidades escolhidas, a regularidade ao longo do tempo e, no caso dos praticantes que interromperam a prática desportiva, quais as razões para esta interrupção.

#### **Início da prática desportiva**

No nosso universo de análise, a maioria dos praticantes de BCR iniciou a prática desportiva através do BCR (69%), enquanto 31% a iniciou através de outras modalidades desportivas (*cf.* Quadro 60, no Anexo III), confirmando-se assim a nossa hipótese.

Relativamente à idade do início da prática desportiva, 25% dos praticantes de BCR iniciaram a sua prática desportiva entre os 16 e os 20 anos de idade, 21% com mais de 31 anos, 17% entre os 11 e os 15 anos, 14% entre os 6 e os 10 anos, 14 % entre os 26 e os 30 anos e 9% entre os 21 e os 25 anos de idade, de acordo com os valores expressos no gráfico 42:

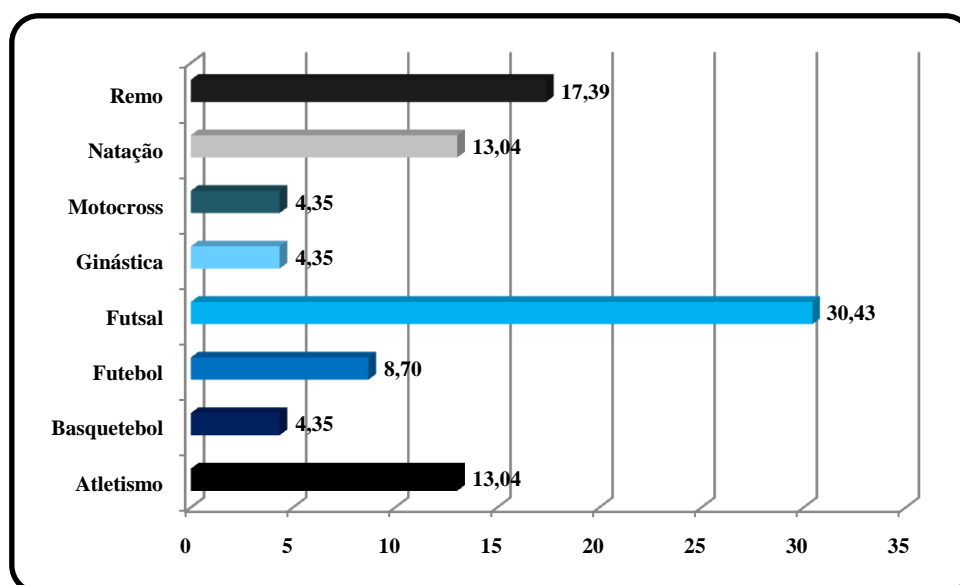
**Gráfico 42. Idade do início da prática desportiva**



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

Como verificámos anteriormente, apenas 31% dos praticantes de BCR não tiveram como primeira prática desportiva o BCR. No gráfico 43, verificamos que as modalidades escolhidas pelos praticantes de BCR para iniciarem a sua prática desportiva foram o Futsal (30,43%), o Remo (17,39%), o Atletismo e a Natação (com percentagem iguais, 13,04%), o Futebol (8,70%) e, por fim, o Motocross, a Ginástica e o Basquetebol (com percentagens iguais, 4,35%).

**Gráfico 43. Primeiras modalidades praticadas pelos que não iniciaram a prática desportiva com o BCR**

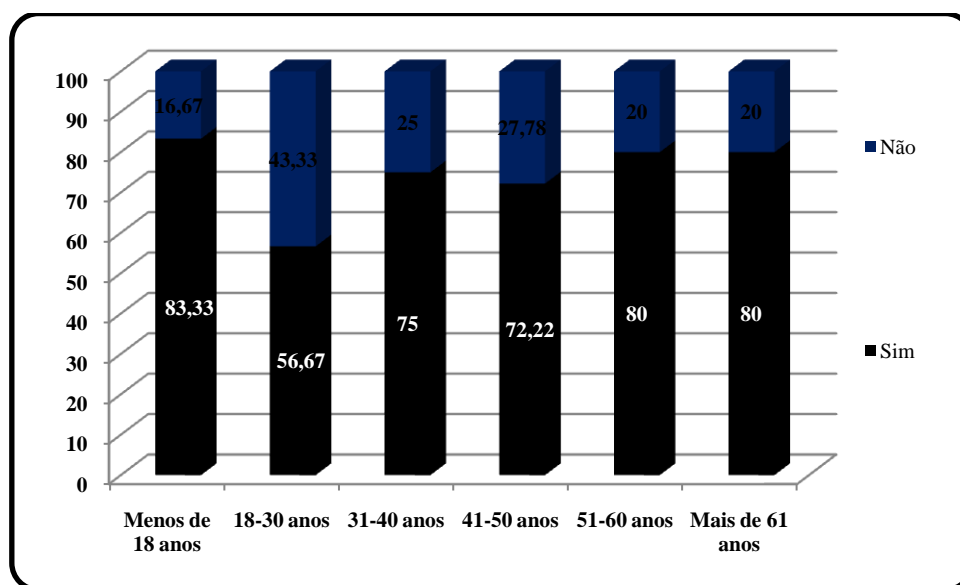


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Segundo a idade

Como já verificámos, a maioria dos praticantes de BCR iniciou a prática desportiva através do BCR. Relativamente à variável idade não existem grandes variações, sendo que o BCR continua a ser a primeira modalidade de acordo com os vários escalões etários tal como pressupunha a nossa hipótese, como podemos observar no gráfico 44:

**Gráfico 44. BCR como primeira modalidade segundo a idade**

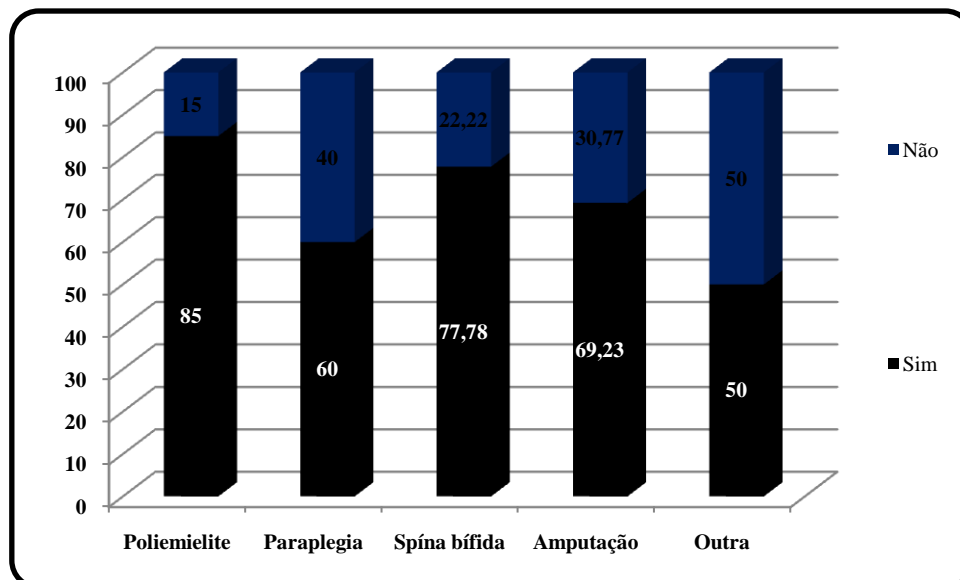


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Segundo o tipo de deficiência

Da mesma forma, tal como sugerimos na nossa hipótese, segundo o tipo de deficiência, a maioria dos praticantes de BCR iniciou a sua prática desportiva com a modalidade que actualmente pratica. Apenas os praticantes com outra deficiência apresentam, com a mesma percentagem, o BCR como primeira modalidade bem como com outras modalidades (v. Gráfico 45).

**Gráfico 45. BCR como primeira modalidade segundo o tipo de deficiência**

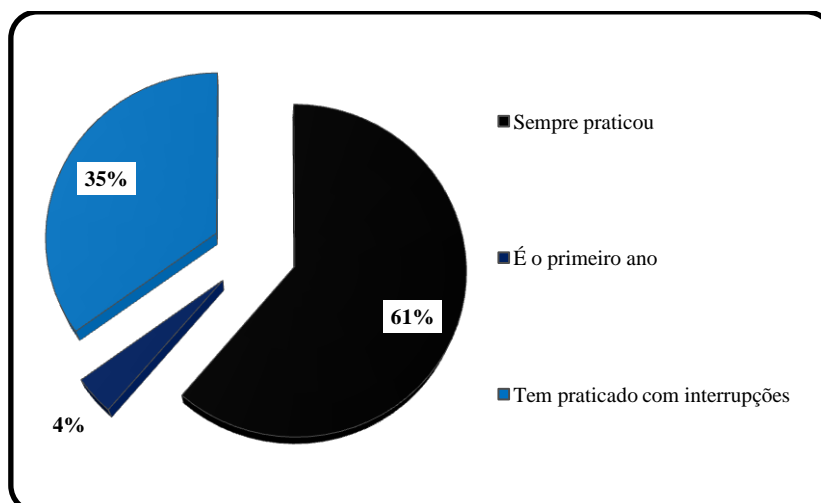


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Regularidade no tempo da prática desportiva

No que se refere à regularidade de uma actividade desportiva no passado, 61% da nossa amostra afirmou que sempre manteve uma actividade desportiva, 35% tem praticado com algumas interrupções, enquanto 4% é o primeiro ano que pratica uma actividade desportiva (v. Gráfico 46), como pressupunha a nossa hipótese.

**Gráfico 46. Regularidade no tempo**

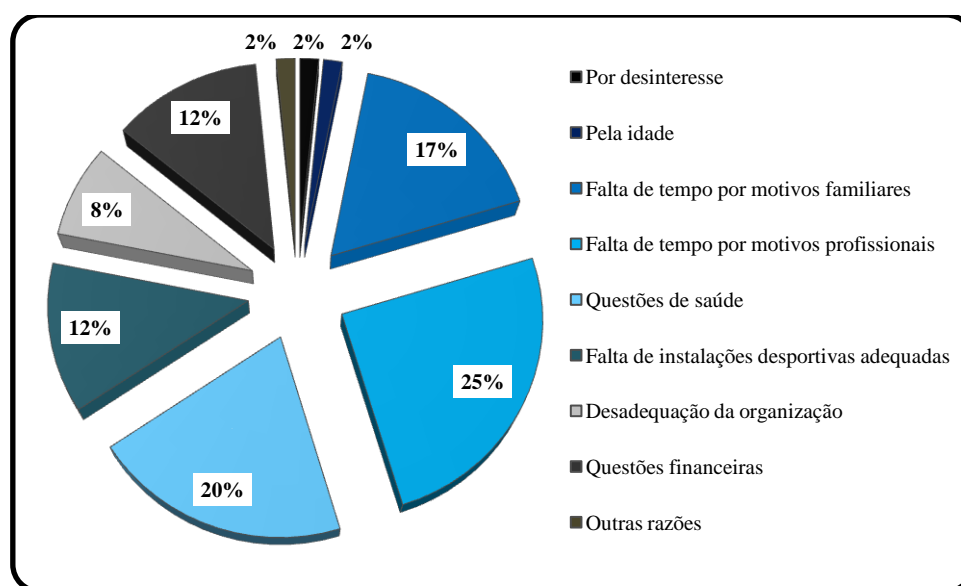


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

Ao apurarmos as razões para interrupção da prática desportiva verificámos que os praticantes de BCR referiram em primeiro lugar a falta de tempo por motivos profissionais (25%), em segundo as questões de saúde (20%) e em terceiro a falta de tempo por motivos familiares (17%), como podemos observar no gráfico 47.

Para além destas razões foram encontradas outras menos referidas, nomeadamente as questões financeiras (12%), a falta de instalações desportivas (12%), a desadequação da organização (8%) e, por fim, o desinteresse, a idade e outras razões (todas as razões com a mesma percentagem – 2%).

**Gráfico 47. Razões para a interrupção da prática desportiva**



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

Após uma análise das principais razões, faremos uma análise mais detalhada para cada uma das três principais razões justificativas para a interrupção da prática desportiva no passado (v. Quadro 23). Assim, temos como principal primeira razão as questões de saúde (35,71%). Os praticantes de BCR apresentam como segunda principal razão para a interrupção da prática desportiva a falta de tempo por motivos profissionais (45%) e, por último, como terceira principal razão as razões financeiras (37,5%).



**Quadro 23. Razões para a interrupção da prática desportiva no passado (%)**

Razões	1.º	2.ª	3.ª
	Razão	Razão	Razão
Questões de saúde	35,71	10	6,25
Falta de tempo por motivos familiares	21,43	20	6,25
Falta de tempo por motivos profissionais	17,86	45	12,5
Desadequação da organização	7,14	5	12,5
Questões financeiras	7,14	0	37,5
Pela idade	3,57	0	0
Falta de instalações desportivas adequadas	3,57	15	25
Outras razões	3,57	0	0
Desinteresse	0	5	0

N = Universo dos praticantes de BCR que já interromperam a prática desportiva (35% dos praticantes de BCR)

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

### Regularidade no tempo segundo a idade e o tipo de deficiência

Tal como pressupunha a nossa hipótese, a maioria dos praticantes apresenta uma regularidade no que se refere à prática desportiva. Assim, ao cruzarmos estes dados com as variáveis idade e tipo de deficiência, verificamos que, segundo a idade, a maioria dos praticantes de BCR sempre manteve uma actividade desportiva, com excepção dos praticantes com idades compreendidas entre os 41 e 60 anos, que na sua maioria têm praticado com interrupções, contrariando em parte a nossa hipótese. Para além disso, verificamos que os praticantes com menos de 18 são os que apresentam maiores percentagens na categoria é o “primeiro ano”, com uma percentagem de 16,67 (v. Quadro 24).

Segundo o tipo de deficiência, a maioria dos praticantes sempre manteve uma actividade desportiva, com excepção dos praticantes com poliomielite, que tanto praticaram com interrupções como sempre mantiveram uma actividade desportiva (50%, para cada categoria), confirmando-se a nossa hipótese.

**Quadro 24. Regularidade ao longo do tempo segundo a idade e o tipo de deficiência (%)**

		Sempre manteve uma AD	É o primeiro ano	Tem praticado com interrupções	Total
<b>Idade</b>	< 18 anos	66,67	16,67	16,67	100 N=6
	18-30 anos	66,67	3,33	30	100 N=30
	31-40 anos	68,75	6,25	25	100 N=16
	41-50 anos	38,89	0	61,11	100 N=18
	51-60 anos	40	0	60	100 N=5
	≥ 61 anos	100	0	0	100 N=5
<b>Tipo de deficiência</b>	<b>Poliomielite</b>	50	0	50	100 N=20
	<b>Paraplegia</b>	71,43	5,71	22,86	100 N=35
	<b>Spina bífida</b>	55,56	0	44,44	100 N=9
	<b>Amputação</b>	53,85	0	46,15	100 N=13
	<b>Outra</b>	50	25	25	100 N=4

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

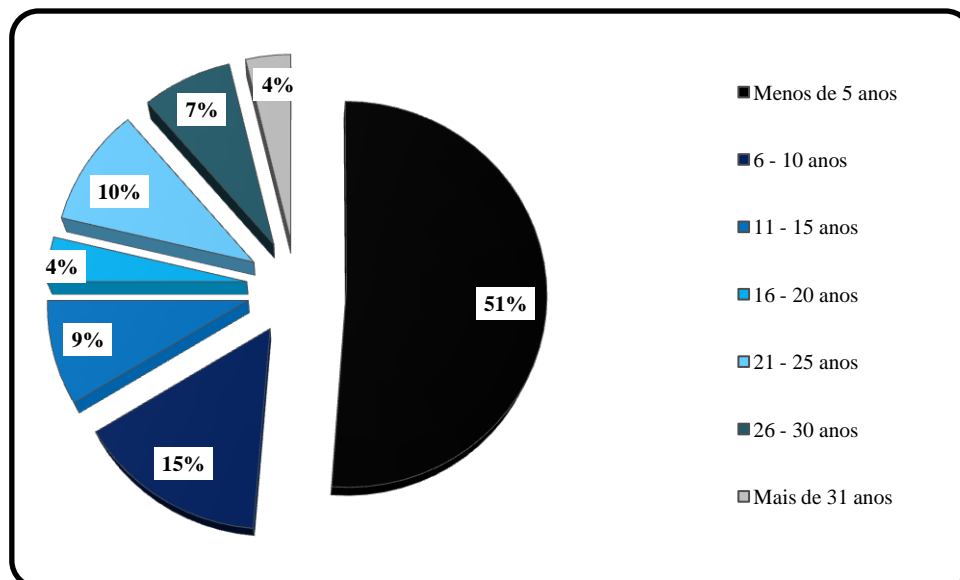
#### 4.3.2. Caracterização da Prática Desportiva Actual

No sentido de se poder investigar as características da prática desportiva actual dos praticantes de BCR começaremos, antes de entrar na discussão propriamente dita da nossa hipótese, por analisar o tempo de prática do BCR, os locais de prática do BCR e a existência ou não de outra prática desportiva em cadeira de rodas, seguindo-se então o índice de intensidade e os indicadores da frequência.

##### Tempo de prática de BCR

A maioria dos praticantes de BCR praticam esta modalidade há menos de 5 anos (51%), seguindo-se os praticantes que a praticam entre 6 a 10 anos (15%), entre 21 e 25 anos (10%), entre 11 e 15 anos (9%), entre 26 e 30 anos (7%), entre 16 e 20 anos e há mais de 31 anos (ambas as categorias, 4%), de acordo com os valores apresentados no gráfico 48:

**Gráfico 48. Tempo de prática de BCR**

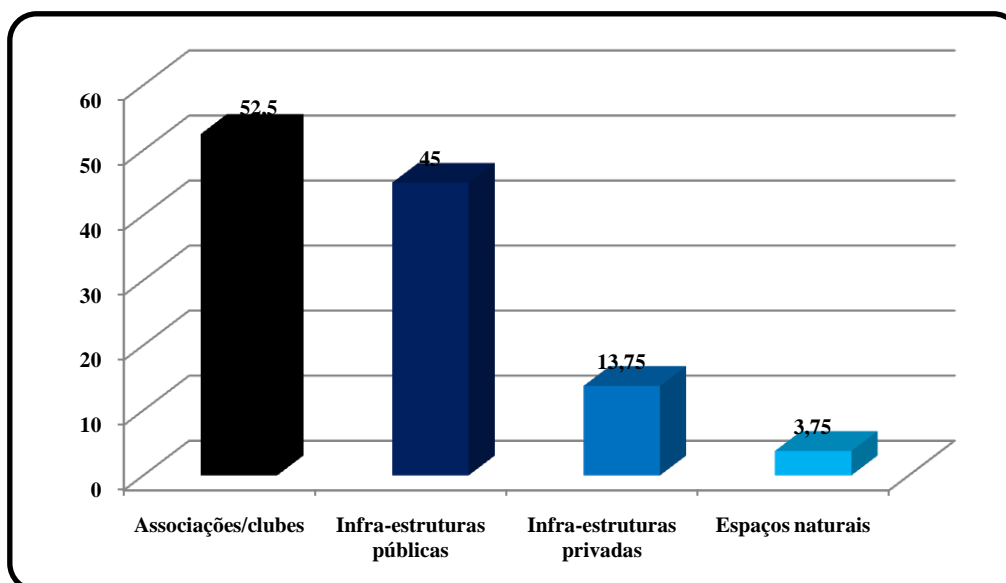


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### **Locais de prática do BCR**

Relativamente aos locais, os praticantes de BCR desenvolvem a sua prática desportiva maioritariamente em associações/clubes desportivos (52,5%), seguindo-se as infra-estruturas públicas (45%), as infra-estruturas privadas (13,75%) e espaços naturais (3,75%), como podemos observar no gráfico 49. Na totalidade, cerca de 15 % dos praticantes desenvolvem a sua prática desportiva em mais do que um tipo de local.

**Gráfico 49. Locais de prática do BCR**



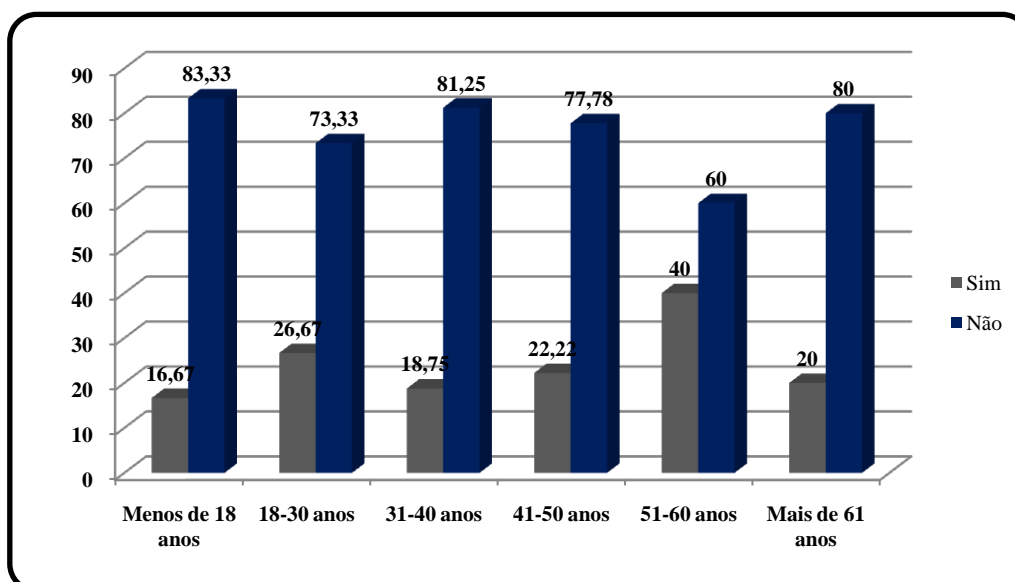
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

## Outra prática desportiva em cadeira de rodas

No nosso universo de análise, a maioria dos praticantes não apresenta outra prática desportiva em cadeira de rodas (76%), enquanto 24% apresenta outra modalidade em cadeira de rodas (*cf.* Quadro 74, no Anexo III).

Segundo a idade verificamos que, para qualquer escalão etário, a grande maioria não pratica outra modalidade em cadeira de rodas (*v.* Gráfico 50). Contudo podemos constatar que os praticantes com idades entre 51 e 60 anos são os que mais apresentam outra prática desportiva em cadeira de rodas (40%), seguindo-se os praticantes entre os 18 aos 30 anos (26,67%).

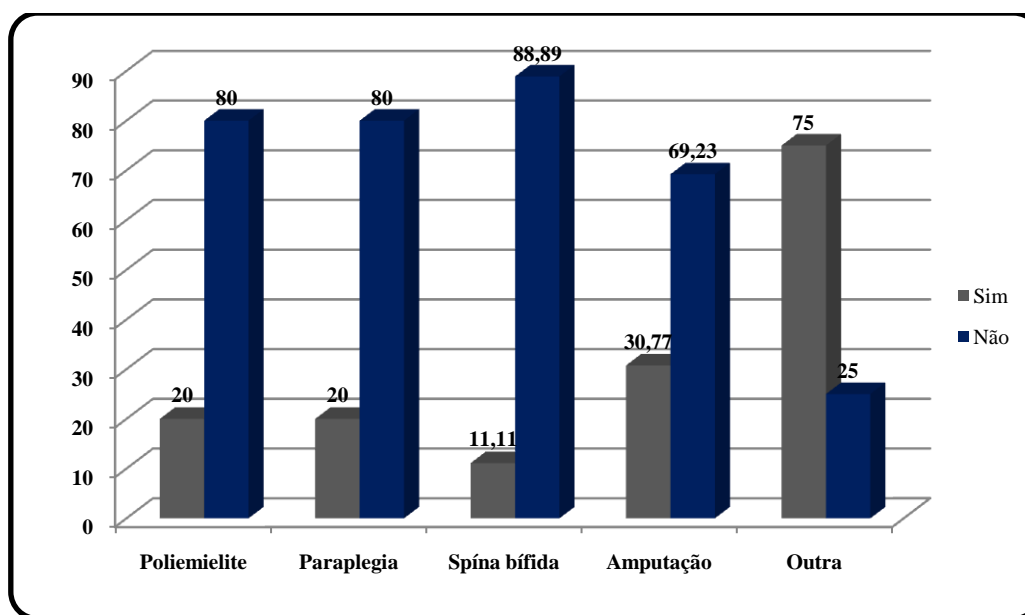
Gráfico 50. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR segundo a idade



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

O mesmo sucede com o tipo de deficiência, a maioria dos praticantes com poliomielite, paraplegia, spina bífida e amputação não praticam outra modalidade em cadeira de rodas. Contudo os praticantes com outra deficiência são os que mais praticam outra modalidade em cadeira de rodas (75%), (*v.* Gráfico 51).

**Gráfico 51. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR segundo o tipo de deficiência**



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

### Índice de Intensidade

No que respeita ao nosso universo de análise verificamos que os praticantes de BCR apresentam um índice de intensidade de 4h31m<sup>40</sup>.

Ao analisarmos a intensidade da prática desportiva do BCR segundo a idade, como podemos observar no quadro 25, tanto os praticantes mais novos como os praticantes com idades superiores a 51 anos são os que apresentam um nível de intensidade mais baixo. Podemos concluir que os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos são os que passam um maior número de horas por semana a praticar desporto (v. Quadro 25). É de referir que os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos são os que apresentam um maior índice de intensidade (5h17m).

Relativamente ao tipo de deficiência observamos que os praticantes com outra deficiência são os que apresentam um maior índice de intensidade (6h40m), seguindo-se os praticantes com paraplegia (5h39m), poliomielite (4h07m), spina bífida (3h34m) e, por último, os praticantes com amputação (3h20m), (v. Quadro 25).

<sup>40</sup> Adoptou-se a fórmula utilizada por Marivoet (2001:154):

$$\text{Índice de Intensidade} = \frac{\text{Total de Horas Praticadas por Semana}}{\text{Praticantes}}$$

**Quadro 25. Índice de intensidade segundo a idade e o tipo de deficiência**

<b>Índice de Intensidade</b>	
<b>Menos de 18 anos</b> N=6	4h15m
<b>18 – 30 anos</b> N=29	5h17m
<b>31 – 40 anos</b> N=14	4h47m
<b>41 – 50 anos</b> N=18	4h26m
<b>51 – 60 anos</b> N=5	4h
<b>Mais de 61 anos</b> N=5	4h18m
<b>Poliomielite</b> N=20	4h07m
<b>Paraplegia</b> N=34	5h39m
<b>Spina bífida</b> N=9	3h34m
<b>Amputação</b> N=12	3h20m
<b>Outra</b> N=3	6h40m

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

Tal como pressupunha a nossa hipótese verifica-se um elevado índice de intensidade. O índice de intensidade é de 4h31m, um valor idêntico à média nacional apresentado no último estudo nacional sobre os hábitos desportivos que era de 4h55m em 1998, entre os 15 e os 74 anos (Marivoet, 2001). Segundo a idade, os praticantes entre os 18 e os 30 anos são os que apresentam um valor superior ao nosso estudo e ao estudo realizado por Marivoet (2001). Contudo, segundo o tipo de deficiência existem variações, em que para os praticantes com paraplegia e outra deficiência o índice de intensidade é superior ao índice da média nacional bem como ao nosso estudo. E para os praticantes com spina bífida, poliomyelite e amputação o índice de intensidade é inferior ao da média nacional num estudo realizado por Marivoet em 1998 e ao nosso estudo.

### **Indicadores de frequência**

Relativamente à regularidade da prática desportiva verificamos que 96% da nossa amostra pratica BCR todas as semanas enquanto apenas 4% o faz ocasionalmente, tal

como pressupunha a nossa hipótese, independentemente da idade e do tipo de deficiência (cf. Quadros 77, 78, 79, do Anexo III).

Quanto aos Indicadores COMPASS, igualmente indicadores da frequência<sup>41</sup>, constatamos que 53% da nossa população apresenta uma prática desportiva regular, competitiva e/ou organizada, 43% competitiva, organizada e intensiva, e apenas 4% uma prática irregular (v. Quadro 26). No âmbito da competição, verificamos que os valores apresentados para a participação desportiva superior a 120 vezes por ano é de 43%. Um valor superior a países como a Suécia, em que é de 37%, Grã-Bretanha e Irlanda de 18%, Portugal de 11%, em Espanha de 9% e na Itália de 5% (Marivoet, 2005). Assim podemos verificar uma elevada frequência de prática, confirmando-se a nossa hipótese.

**Quadro 26. Indicadores COMPASS**

<b>Indicadores COMPASS</b>	<b>%</b>
Competitiva, Organizada, Intensiva (≥ 120 vezes por ano)	43
Intensiva (≥ 120 vezes por ano)	0
Regular, Competitiva e/ou Organizada (≥60 e < 120 vezes por ano)	53
Regular, Recreativa (≥60 e <120 vezes por ano)	0
Irregular (≥12 e < 60 vezes por ano)	4
Ocasional (≥1 e < 12 vezes por ano)	0

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

### Segundo a idade e o tipo de deficiência

Ao analisarmos os Indicadores COMPASS segundo a idade, verificamos que a prática desportiva para os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos é na maioria competitiva, organizada e intensiva, portanto superior a 120 vezes por ano (v. Quadro 27). Para os praticantes com mais de 41 anos a prática desportiva é na maioria regular, competitiva e/ou organizada, ou seja, entre 60 a 120 vezes por ano. Nos praticantes com menos de 18 anos a prática desportiva apresenta a mesma percentagem

<sup>41</sup> Os Indicadores COMPASS (*Coordinated Monitoring of Participation in Sports*) cruzam o Índice de Participação Desportiva às variáveis Frequência da Prática Desportiva Durante o Ano, ao Âmbito da Prática Desportiva e Organização da Prática Desportiva (Marivoet, 2005).

nas duas categorias referidas anteriormente (50%, para cada). É de referir que os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos são os únicos que apresentam, por vezes, uma prática desportiva irregular, entre 12 a 60 vezes por ano.

No que concerne ao tipo de deficiência, verificamos que os praticantes com paraplegia e outra deficiência apresentam uma percentagem superior de prática desportiva competitiva, organizada e intensiva (64,71% e 66,67%, respectivamente), ou seja, uma participação desportiva superior a 120 vezes por ano. Enquanto os praticantes com poliomielite, spina bífida e amputação apresentam uma percentagem superior de prática desportiva regular, competitiva e/ou organizada (75%; 66,67%; 83,33%, respectivamente), uma prática desportiva que varia entre 60 a 120 vezes por ano. Os praticantes com paraplegia e spina bífida são os únicos que apresentam, por vezes, uma prática desportiva irregular (5,88% e 11,11%, respectivamente), variando entre 12 a 60 vezes por ano (v. Quadro 27).

**Quadro 27. Indicadores COMPASS segundo a idade e o tipo de deficiência**

	<b>Competitivo, organizado, intensivo (≥ 120 vezes por ano)</b>	<b>Regular, competitivo e/ou organizado (≥60 e &lt; 120 vezes por ano)</b>	<b>Irregular (≥12 e &lt; 60 vezes por ano)</b>	<b>Total</b>
<b>Menos de 18 anos</b>	50	50	0	100 N=6
<b>18 – 30 anos</b>	51,72	41,38	6,90	100 N=29
<b>31 – 40 anos</b>	50	42,86	7,14	100 N=14
<b>41 – 50 anos</b>	22,22	77,78	0	100 N=18
<b>51 – 60 anos</b>	40	60	0	100 N=5
<b>Mais de 61 anos</b>	40	60	0	100 N=5
<b>Poliomielite</b>	25	75	0	100 N=20
<b>Paraplegia</b>	64,71	29,41	5,88	100 N=34
<b>Spina bífida</b>	22,22	66,67	11,11	100 N=9
<b>Amputação</b>	16,67	83,33	0	100 N=12
<b>Outra</b>	66,67	33,33	0	100 N=3

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



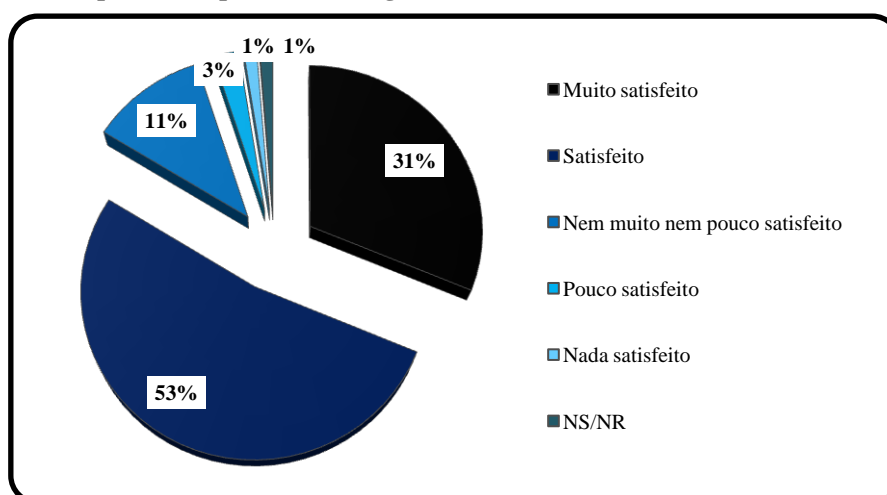
### 4.3.3. Obstáculos na Acessibilidade à Prática Desportiva

Como começámos por referir no início deste ponto, a nossa terceira hipótese considerava que a maioria dos praticantes de BCR se encontraria satisfeita com o desempenho dos profissionais, apesar de insatisfeita com a acessibilidade às infra-estruturas para a prática desportiva do BCR, em particular as barreiras arquitectónicas e a falta de apoio financeiro e logístico, independentemente da idade e do tipo de deficiência. Relativamente aos obstáculos na acessibilidade à prática desportiva foram estudados o desempenho dos profissionais, as barreiras arquitectónicas e o apoio financeiro e logístico.

#### 4.3.3.1. Desempenho dos profissionais

Os praticantes de BCR manifestaram-se, na sua maioria, satisfeitos com o desempenho dos profissionais ligados ao BCR (84%), confirmando-se, assim, a nossa hipótese. De acordo com o gráfico 52, verificamos que apenas 3% dos praticantes de BCR se manifestam pouco satisfeitos, enquanto apenas 1% não se encontra satisfeito com o desempenho dos profissionais de BCR.

Gráfico 52. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR



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

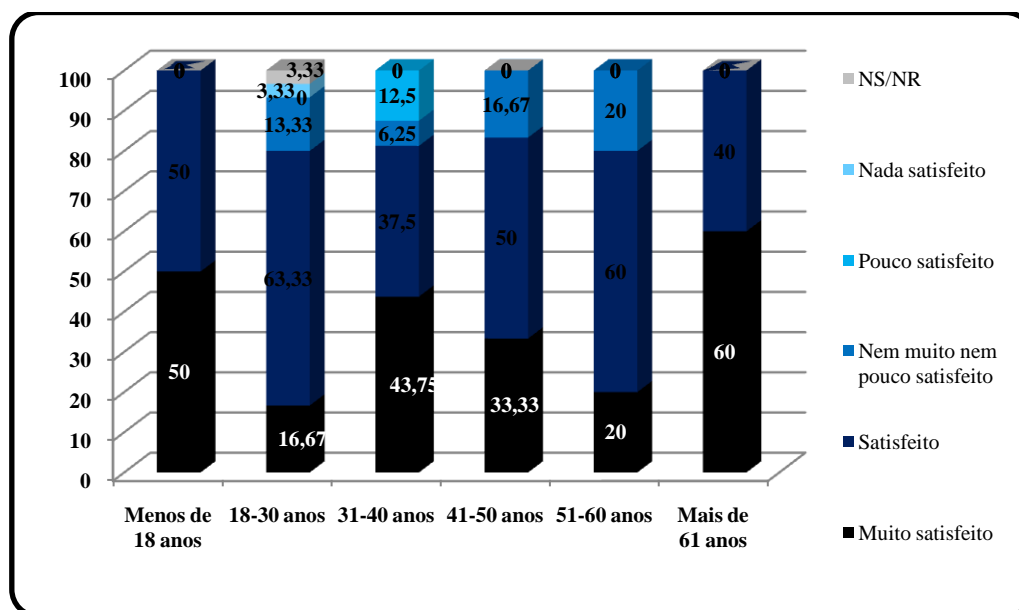
Os resultados encontrados num estudo realizado por Martin *et al.* (1995) sugeriram que os treinadores e outras pessoas de apoio a atletas com deficiência devem estar conscientes de que os seus atletas investem bastante no seu desporto e que quando estes

expressam baixas expectativas na performance dos seus atletas com deficiência podem ser prejudiciais tanto a nível atlético como psicológico (Hom & Lox, 1993; *Ap. Martin et al.*, 1995). Em contraste, os treinadores devem ter conhecimento dos atletas com deficiência e continuarem a fornecer-lhes desafios e oportunidades competitivas para uma excelência atlética (*Martin et al.*, 1995). Assim, podemos inferir que os profissionais ligados à prática desportiva do BCR apresentam conhecimentos dos seus atletas com deficiência e continuam a fornecer-lhes os desafios e oportunidades competitivas, o que permite a satisfação dos praticantes de BCR face aos profissionais ligados a este desporto.

### Segundo a idade

Como podemos verificar no gráfico 53, a nossa hipótese continua a confirmar-se, pois todos os escalões etários encontram-se satisfeitos com o desempenho dos profissionais ligado ao BCR.

**Gráfico 53. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR segundo a idade**

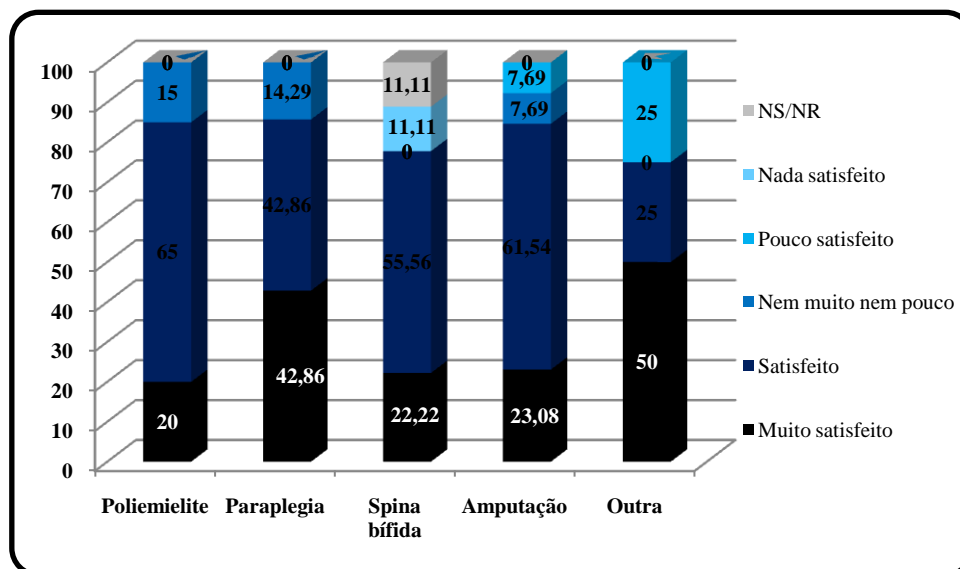


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

### Segundo o tipo de deficiência

De acordo com o tipo de deficiência, verificamos, igualmente, que a nossa hipótese se confirma, pois o tipo de deficiência não influencia a opinião dos praticantes de BCR face ao desempenho dos profissionais do desporto ligados ao BCR (v. Gráfico 54).

**Gráfico 54. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR segundo o tipo de deficiência**



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

#### **4.3.3.2. Barreiras arquitectónicas**

Quando analisamos o grau de satisfação dos praticantes de BCR face às infra-estruturas do clube onde praticam esta modalidade (v. Quadro 28) encontramos variações. Assim, verificamos que, na sua maioria, estão satisfeitos ou muito satisfeitos com os balneários (76%), os arruamentos (77%), os acessos (78%), os WC's (62%), as portas (74%) e o piso (85%). Contudo estão pouco ou nada satisfeitos com o bar (59%) e com as escadas (62%). Deste modo, confirma-se em parte a nossa hipótese, na medida em que as escadas constituem barreiras arquitectónicas no acesso dos praticantes de BCR.

**Quadro 28. Grau de satisfação com as infra-estruturas do clube e espaços circundantes ao clube (%)**

	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada satisfeito
<b>Balneários</b>	21	55	20	4
<b>Bar</b>	16	25	35	24
<b>Arruamentos</b>	6	71	14	9
<b>Acessos</b>	31	47	9	13
<b>WC</b>	30	32	25	13
<b>Portas</b>	31	43	15	11
<b>Escadas</b>	9	29	21	41
<b>Piso</b>	25	60	6	9

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

### Segundo a idade

Na análise, segundo a opinião dos praticantes de BCR sobre as infra-estruturas do clube onde praticam esta modalidade e os espaços circundantes, verificamos que existem variações face à tendência geral, sendo que a maioria afirma encontrar-se satisfeita com os balneários, arruamentos, acessos, WC's, portas e piso, contudo pouco ou nada satisfeitos com o bar, com excepção dos praticantes entre os 31 e 40 anos, e com as escadas, excepto entre os 18 e os 30 anos e com mais de 41 anos (v. Quadro 29, na p. 218), confirmando-se em parte a nossa hipótese.

### Segundo o tipo de deficiência

Quando analisamos a satisfação face às condições de acesso das infra-estruturas desportivas do BCR, segundo o tipo de deficiência, encontramos variações da tendência geral, sendo que a maioria dos praticantes afirma encontrar-se satisfeita com os balneários, arruamentos, acessos, portas, piso e WC, excepto os praticantes com amputação que afirmam estar pouco ou nada satisfeitos com esta instalação. Assim a insatisfação verifica-se no bar e nas escadas, sendo que no primeiro caso não se verificam variações e no caso das escadas a maioria em todos os tipos de deficiência manifestam estar pouco ou nada satisfeitos, com excepção dos com spina bífida, sendo que metade dos com outra deficiência manifesta idêntica opinião (Quadro 30, na p. 219).

**Quadro 29. Grau de satisfação com as infra-estruturas do clube e espaços circundantes ao clube segundo a idade (%)**

		Menos de 18	18 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	Mais de 61
<b>Balneários</b>	Muito satisfeito	16,77	30	12,5	11,11	40	20
	Satisfeito	50	46,67	50	72,22	60	60
	Pouco satisfeito	33,33	23,33	25	11,11	-	20
	Nada satisfeito	-	-	12,5	5,56	-	-
<b>Bar</b>	Muito satisfeito	16,67	23,33	25	5,56	-	-
	Satisfeito	33,33	16,67	37,5	16,67	40	40
	Pouco satisfeito	33,33	33,33	12,5	44,44	60	60
	Nada satisfeito	16,67	26,67	25	33,33	-	-
<b>Arruamentos</b>	Muito satisfeito	16,67	6,67	6,25	5,56	-	-
	Satisfeito	66,67	70	68,75	66,67	80	100
	Pouco satisfeito	16,67	16,67	6,25	16,67	20	-
	Nada satisfeito	-	6,67	18,75	11,11	-	-
<b>Acessos</b>	Muito satisfeito	33,33	36,67	6,25	38,89	20	60
	Satisfeito	50	46,67	75	33,33	40	20
	Pouco satisfeito	16,67	10	-	5,56	20	20
	Nada satisfeito	-	6,67	18,75	22,22	20	-
<b>WC</b>	Muito satisfeito	16,67	33,33	12,5	38,89	20	60
	Satisfeito	50	30	37,5	22,22	60	20
	Pouco satisfeito	33,22	36,67	18,75	16,67	-	20
	Nada satisfeito	-	-	31,25	22,22	20	-
<b>Portas</b>	Muito satisfeito	33,33	40	6,25	38,89	-	60
	Satisfeito	50	33,33	68,75	27,78	80	20
	Pouco satisfeito	16,67	23,33	-	16,67	-	20
	Nada satisfeito	-	3,33	25	16,67	20	-
<b>Escadas</b>	Muito satisfeito	33,33	16,67	-	-	-	-
	Satisfeito	50	23,33	50	16,67	40	0
	Pouco satisfeito	16,67	20	18,75	22,22	20	40
	Nada satisfeito	-	40	31,25	61,11	40	60
<b>Piso</b>	Muito satisfeito	33,33	20	31,25	11,11	60	40
	Satisfeito	50	63,33	56,25	72,22	20	60
	Pouco satisfeito	16,67	10	-	-	20	-
	Nada satisfeito	-	6,67	12,5	16,67	-	-
		N=6	N=30	N=16	N=18	N=5	N=5

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

**Quadro 30. Grau de satisfação com as infra-estruturas do clube e espaços circundantes ao clube segundo o tipo de deficiência (%)**

		<b>Poliomielite</b>	<b>Paraplegia</b>	<b>Spina bífida</b>	<b>Amputação</b>	<b>Outra</b>
<b>Balneários</b>	Muito satisfeito	20	17,14	22,22	38,46	25
	Satisfeito	70	51,43	44,44	46,15	50
	Pouco satisfeito	5	28,57	33,33	7,69	25
	Nada satisfeito	5	2,86	-	7,69	-
<b>Bar</b>	Muito satisfeito	10	20	-	15,38	50
	Satisfeito	25	28,57	44,44	15,38	-
	Pouco satisfeito	50	25,71	11,11	53,85	25
	Nada satisfeito	15	25,71	44,44	15,38	25
<b>Arruamentos</b>	Muito satisfeito	5	8,56	-	-	25
	Satisfeito	85	71,43	66,67	61,54	25
	Pouco satisfeito	5	11,43	11,11	30,77	50
	Nada satisfeito	5	8,58	22,22	7,70	-
<b>Acessos</b>	Muito satisfeito	65	17,14	22,22	23,07	25
	Satisfeito	25	54,29	66,67	46,15	50
	Pouco satisfeito	5	14,28	11,11	-	-
	Nada satisfeito	5	14,28	-	30,77	25
<b>WC</b>	Muito satisfeito	65	11,43	33,33	23,08	25
	Satisfeito	20	42,85	33,33	23,08	50
	Pouco satisfeito	10	31,43	22,22	30,77	25
	Nada satisfeito	5	14,29	11,11	23,08	-
<b>Portas</b>	Muito satisfeito	60	17,14	44,44	23,08	25
	Satisfeito	25	48,57	33,33	46,15	75
	Pouco satisfeito	10	22,86	11,11	7,69	-
	Nada satisfeito	5	11,43	11,11	23,07	-
<b>Escadas</b>	Muito satisfeito	-	8,57	33,33	-	25
	Satisfeito	20	34,29	33,33	23,07	25
	Pouco satisfeito	15	22,85	22,22	30,77	-
	Nada satisfeito	65	34,29	11,11	46,15	50
<b>Piso</b>	Muito satisfeito	20	17,14	44,44	30,77	50
	Satisfeito	75	62,86	44,44	61,54	25
	Pouco satisfeito	5	8,57	-	7,69	-
	Nada satisfeito	5	11,43	11,11	-	25
		N=20	N=35	N=9	N=13	N=4

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

### 4.3.3.3. Apoio financeiro e logístico

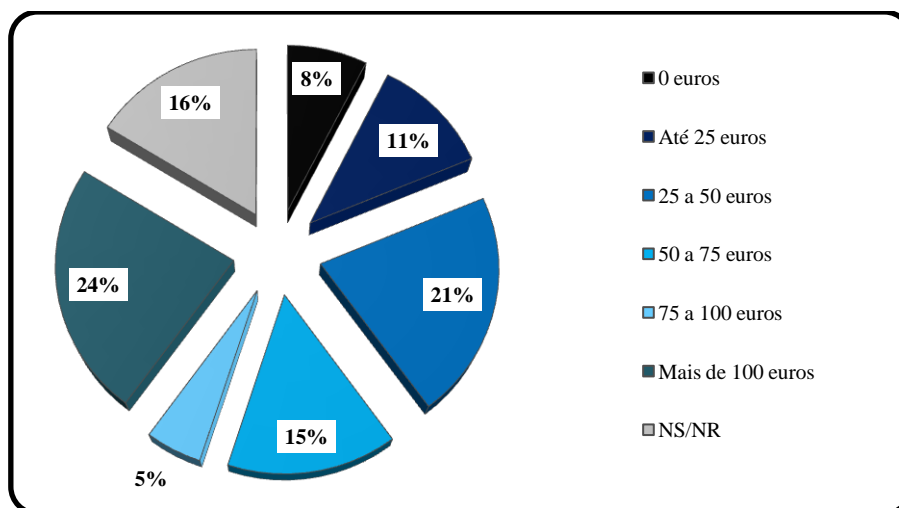
De forma a analisar os apoios financeiros e logísticos começaremos por dar conta da situação dos subsídios e despesas mensais para depois discutirmos a nossa hipótese que pressupunha que os praticantes do BCR se encontrariam insatisfeitos com a falta de apoios financeiros e logísticos.

#### Subsídios e despesas mensais com o BCR

Os praticantes, quando inquiridos sobre o subsídio recebido pelo clube, afirmaram, na sua maioria, não receber qualquer subsídio do clube onde praticam BCR (98%), (cf. Quadro 110, no Anexo III).

Relativamente às despesas mensais que o BCR acarreta para os seus praticantes, verificamos que 24% da nossa amostra apresenta como despesa mensal um valor superior a 100 euros, 21% entre 25 a 50 euros, 15% entre 50 a 75 euros, 11% apresenta um valor inferior a 25 euros e apenas 8% não tem despesas mensais com esta prática desportiva (v. Gráfico 55).

Gráfico 55. Despesas mensais com o BCR

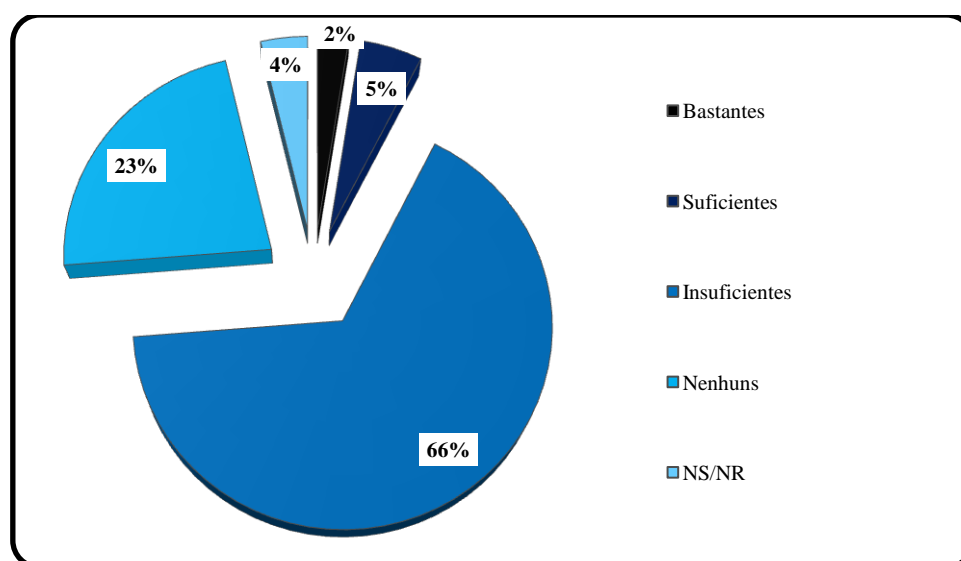


Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

## Opinião sobre os apoios

Os praticantes de BCR quando inquiridos sobre o apoio financeiro e logístico que recebem, quer por parte do clube ou de outra organização desportiva, consideram que os apoios que recebem são, na sua grande maioria, insuficientes (66%), seguindo-se os praticantes que consideram não receber apoio financeiro e logístico (23%). Apenas uma reduzida amostra considera este tipo de apoio suficiente (5%) ou então que são bastantes os apoios recebidos (2%), de acordo com os valores expressos no gráfico 56:

Gráfico 56. Opinião dos praticantes de BCR relativamente aos apoios financeiros para o BCR



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

Os dados confirmam assim a nossa hipótese, que pressupunha que a maioria dos praticantes de BCR consideraria a falta de apoios financeiros e logísticos.

### Subsídios, despesas mensais e opinião sobre os apoios segundo a idade

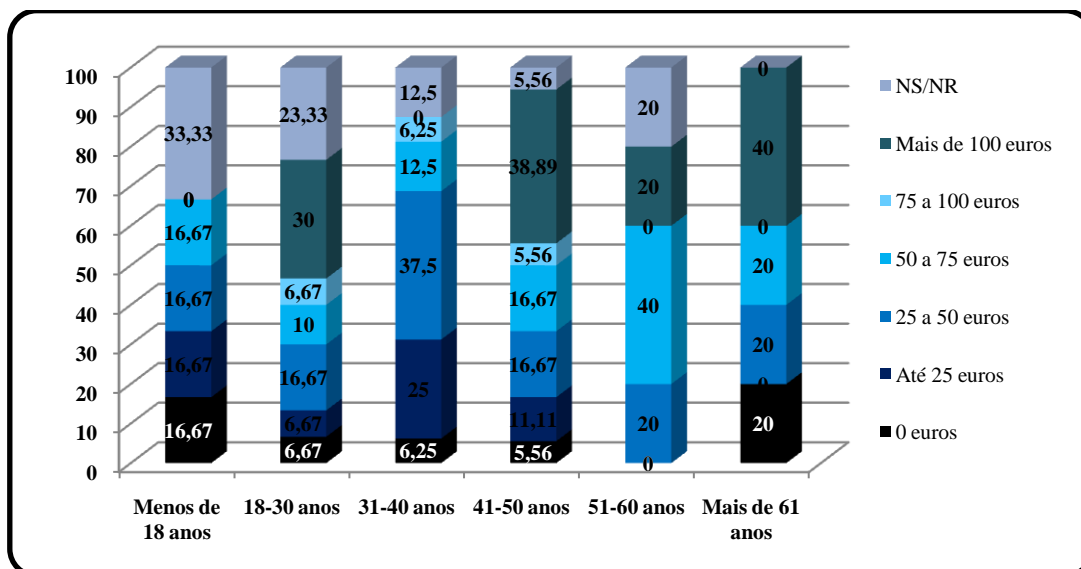
No que concerne aos subsídios que os praticantes recebem por parte do clube onde praticam BCR verificámos que, segundo a idade, apenas os praticantes com menos de 18 anos e com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos recebem subsídio por parte do seu clube (16,67% e 6,25% respectivamente), (cf. Quadro 113, no Anexo III).

No nosso estudo verificámos que, segundo a idade, os praticantes que apresentam mais despesas mensais com esta prática desportiva são os que têm entre 18 e



30 anos, entre 41 e 50 anos, e com mais de 61 anos (30%, 38,89% e 40%, respectivamente), como podemos observar no gráfico 57:

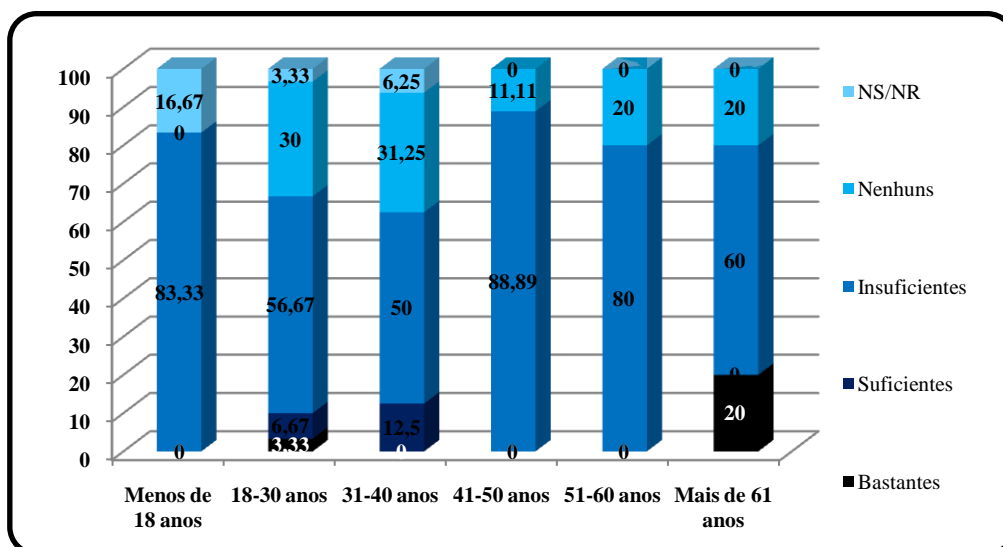
**Gráfico 57. Despesas mensais com o BCR segundo a idade**



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

De acordo com a opinião dos praticantes de BCR, relativamente aos apoios financeiros para esta modalidade, verificamos que a nossa hipótese se confirma, pois para qualquer escalão etário a maioria considera que os apoios financeiros são insuficientes, de acordo com os valores apresentados no gráfico 58:

**Gráfico 58. Opinião dos praticantes de BCR relativamente aos apoios financeiros para o BCR segundo a idade**



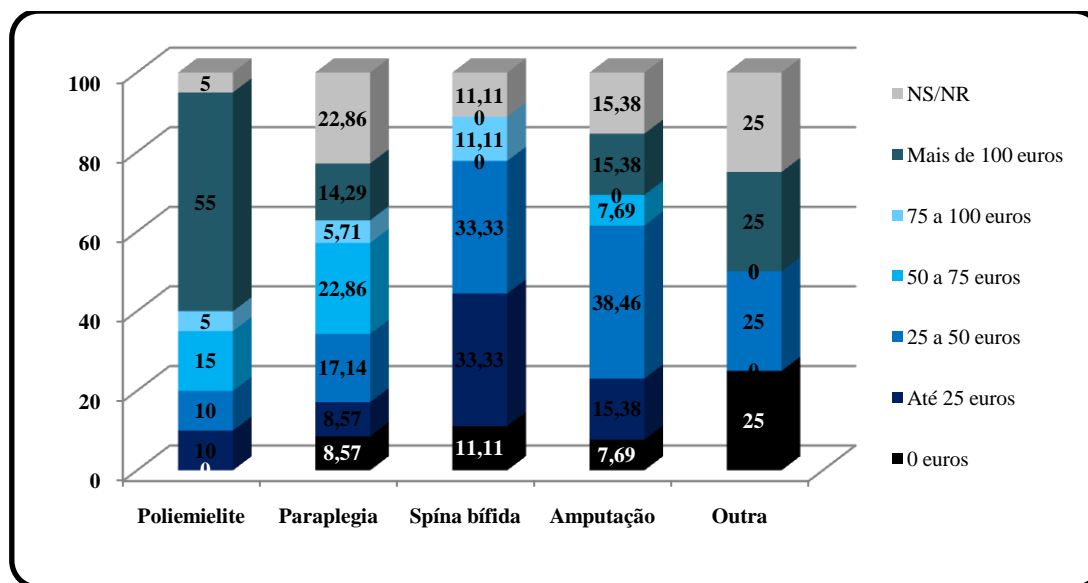
Fonte: Inquérito Sociográfico aos Praticantes de Basquetebol em Cadeiras de Rodas, 2008

## Subsídios, despesas mensais e opinião sobre os apoios segundo o tipo de deficiência

Relativamente aos subsídios que os praticantes recebem por parte do clube onde praticam BCR verificámos que, segundo o tipo de deficiência, apenas os praticantes com paraplegia recebem subsídio do clube para a prática de BCR (5,71%), (cf. Quadro 116, no Anexo III).

De acordo com as despesas mensais, os praticantes com poliomielite são os que têm mais despesas mensais com o BCR, 55% gasta mais de 100 euros por mês. Os praticantes com paraplegia apresentam valores muito dispersos nos seus gastos, contudo a maioria gasta entre 50 a 70 euros (22,86%). A maioria dos praticantes com spina bífida gasta no máximo 50 euros por mês (66,66%). A maioria dos praticantes com amputação gasta entre 25 a 50 euros (38,46%) e os praticantes com outra deficiência apresenta gastos muito dispersos, pois destes 25% não tem despesas com esta prática, 25% gasta entre 25 a 50 euros e 25% gasta mais de 100 euros (v. Gráfico 59).

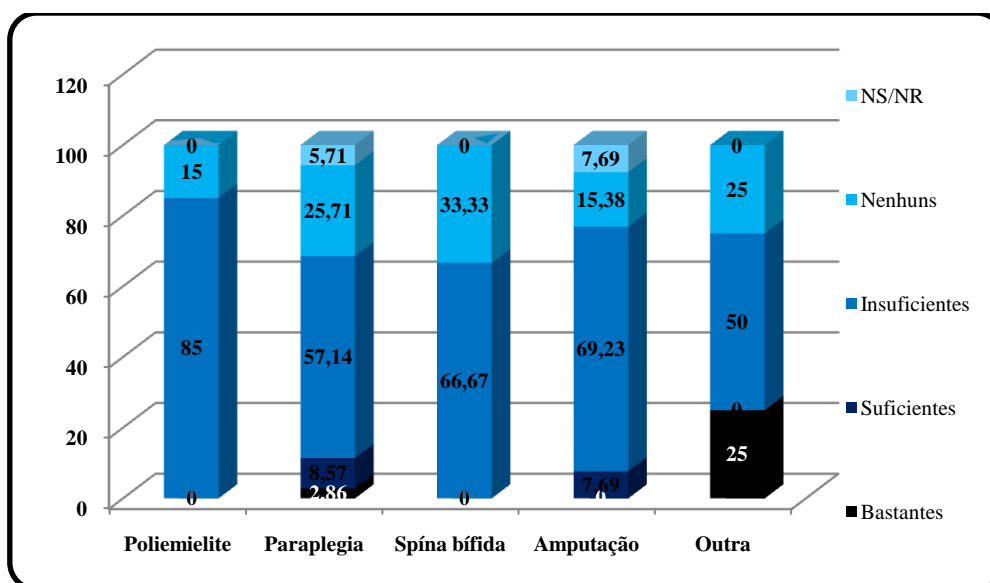
**Gráfico 59. Despesas mensais com o BCR segundo o tipo de deficiência**



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

Como podemos verificar no gráfico 60, a maioria dos praticantes de BCR, independentemente do seu tipo de deficiência, consideram que os apoios financeiros dados ao BCR são insuficientes, confirmando-se a nossa hipótese.

**Gráfico 60. Opinião dos praticantes de BCR relativamente aos apoios financeiros para o BCR segundo o tipo de deficiência**



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

#### 4.3.4 Apontamento Conclusivo

Como começámos por referir no início deste ponto, a nossa terceira hipótese pretende investigar se a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva com o BCR, se apresentou uma regularidade ao longo do tempo, sendo que actualmente com uma elevada intensidade e frequência, encontrando-se satisfeita com o desempenho dos profissionais, apesar de insatisfeita com a acessibilidade às infra-estruturas para a prática desportiva do Basquetebol em cadeira de rodas, em particular as barreiras arquitectónicas e a falta de apoio financeiro e logístico, independentemente da idade e do tipo de deficiência.

Tendo por base a análise dos resultados do nosso universo de análise, verificámos que a maioria dos praticantes de BCR iniciou a prática desportiva com o BCR (69%), independentemente da idade e do tipo de deficiência, confirmando-se assim a nossa hipótese.

Relativamente à idade do início da prática desportiva, 25% dos praticantes de BCR iniciaram a sua prática desportiva entre os 16 e os 20 anos de idade, 21% com mais de 31 anos, 17% entre os 11 e os 15 anos, ou seja, a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva na adolescência ou na idade adulta.

Ainda, segundo a idade, verificámos que a maioria dos praticantes mais novos iniciou a sua prática desportiva em idades mais jovens contrariamente aos praticantes mais velhos que a iniciaram na idade adulta. Segundo o tipo de deficiência, concluiu-se que a maioria dos praticantes com poliomielite e outra deficiência iniciou a prática desportiva entre os 16 e os 20 anos, a maioria dos praticantes com spina bífida entre os 11 e os 15 anos e a maioria dos praticantes com amputação com mais de 31 anos.

Os praticantes que não iniciaram a prática desportiva com o BCR fizeram-no, essencialmente, com o Futsal e com o Remo.

No que se refere à regularidade ao longo do tempo concluímos que 61% nossa amostra sempre manteve uma actividade desportiva, 35% tem praticado com algumas interrupções e 4% é o primeiro ano que pratica uma modalidade desportiva, tal como se pressupunha na nossa hipótese. Segundo a idade verificámos que a maioria dos praticantes de BCR sempre manteve uma actividade desportiva, com excepção dos praticantes com idades compreendidas entre os 41 e 60 anos, contrariando em parte a nossa hipótese. Ainda sobre a idade concluímos que os praticantes com menos de 18 são os que mais praticam uma actividade desportiva há menos de um ano. Segundo o tipo de deficiência não se verificam variações, confirmando-se assim a nossa hipótese.

Os praticantes de BCR referiram como principais razões para a interrupção da prática desportiva a falta de tempo por motivos profissionais, as questões de saúde e, em terceiro lugar, a falta de tempo por motivos familiares. Também num estudo realizado por Marivoet (2001) concluiu-se que os indivíduos com experiência desportiva que fizeram interrupções da mesma ao longo das suas vidas afirmaram como razões principais para este facto, a falta de tempo por motivos profissionais, seguida da falta de tempo por motivos familiares e da falta de interesse.

Na prática desportiva actual dos praticantes de BCR concluímos que a maioria dos praticantes de BCR pratica esta modalidade há menos de 5 anos (51%), seguindo-se os praticantes que a praticam entre 6 a 10 anos (15%).

Relativamente aos locais de prática de BCR, o nosso estudo revelou que, a maioria, desenvolve a sua prática desportiva em associações/clubes (52,5%), seguindo-se as infra-estruturas públicas (45%). Também verificámos que a maioria não apresenta outra prática desportiva em cadeira de rodas (76%).

Relativamente ao índice de intensidade apurámos que cada praticante pratica por semana uma média de 4h31m. Similarmente, num estudo realizado por Marivoet (2001)

conclui-se que a população portuguesa entre os 15 e os 74 anos, no ano de 1998, pratica uma média de horas de prática desportiva por semana, entre todos os praticantes, de 4h55m.

No nosso estudo verificámos que os praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos são os que passam um maior número de horas por semana a praticar desporto. Contrariamente, os praticantes com menos de 18 anos e com mais de 51 anos são os que apresentam um menor índice de intensidade. Segundo a deficiência, concluímos que os praticantes com outra deficiência (6h40m) e paraplegia (5h39m) são os que apresentam um maior índice de intensidade, um valor superior ao da média apresentada também no nosso estudo como no estudo realizado por Marivoet, em 1998. Tanto os praticantes com poliomielite, spina bífida e amputação apresentam uma média inferior ao nosso estudo e ao estudo realizado por Marivoet (2001).

Relativamente à regularidade da prática do BCR verificámos que 96% o faz semanalmente enquanto apenas 4% o faz ocasionalmente, independentemente da idade e do tipo de deficiência, tal como pressupunha a nossa hipótese.

Na análise dos Indicadores COMPASS, igualmente indicadores de frequência, verificámos que os valores apresentados demonstram uma prática intensiva elevada, pois a participação desportiva é superior a 120 vezes por ano. Desta forma, a prática desportiva competitiva, organizada e intensiva é de 43%, um valor superior a países como a Suécia, em que é de 37%, Grã-Bretanha e Irlanda de 18%, Portugal de 11%, em Espanha de 9% e na Itália de 5% (Marivoet, 2005). Assim podemos verificar uma elevada frequência de prática, confirmando-se a nossa hipótese. Segundo a idade o tipo de deficiência não se verificou outra tendência, tal como foi proposto na nossa hipótese.

A maioria dos praticantes encontra-se satisfeita com o desempenho dos profissionais, não se verificando variações segundo a idade e tipo de deficiência, confirmando-se a nossa hipótese. No geral, os atletas apreciam a presença do seu treinador e reconhecem a sua influência no seu sucesso atlético (White & Duda, 1993). Os atletas querem que os seus treinadores puxem por eles e demonstrem confiança neles (Pensgaard *et al.*, 1999; Ap. Robbins *et al.*, 2010). Pelo contrário, quando os treinadores têm baixas expectativas para os seus atletas e aceitam performances medíocres, pode perpetuar o mito que os atletas com deficiência não são atletas reais, visto que os treinadores que esperam grandiosidade e sucessos extraordinários dos seus atletas podem negar o estigma negativo associado à deficiência. Existem estudos de vários

investigadores que concluíram que a falta de conhecimento de como incluir pessoas com deficiência em actividades desportivas funciona como uma barreira na inclusão desta população (Eminović *et al.*, 2009). Contrariamente às conclusões no nosso estudo que demonstrou que os praticantes de BCR afirmam estar satisfeitos com os profissionais ligados a esta modalidade.

Os praticantes de BCR, quando inquiridos sobre o seu grau de satisfação com as infra-estruturas e espaços circundantes ao clube onde praticam o BCR, afirmaram, na sua maioria, estarem satisfeitos com os balneários, arruamentos, acessos, WC's (ainda que com excepção dos praticantes com amputação), portas e piso, contrariamente à nossa hipótese. Contudo pouco ou nada satisfeitos com o bar (excepto praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos) e com as escadas (excepto os praticantes mais novos). Deste modo, confirma-se em parte a nossa hipótese, na medida em que as escadas constituem barreiras arquitectónicas no acesso dos praticantes de BCR. Nos estudos realizados por Tasiemski *et al.* (2000; 2004) a falta de infra-estruturas acessíveis à prática desportiva surge como uma das principais barreiras à prática desportiva de pessoas com lesões vértebro-medulares, juntamente com não gostarem da oferta desportiva tradicional para pessoas com deficiência e uma dependência elevada nas actividades do dia-a-dia.

A maioria dos praticantes encontra-se insatisfeita com os apoios financeiros para o BCR, independentemente da idade e do tipo de deficiência, tal como pressupunha a nossa hipótese. Igualmente apresentado por vários investigadores que demonstraram que a falta de recursos financeiros funciona como uma barreira para a participação desportiva de pessoas com deficiência (Eminović *et al.*, 2009). O clube dá um subsídio apenas a 2% dos praticantes de BCR, independentemente da idade e do tipo de deficiência. Sendo de referir que os praticantes com menos de 18 anos, os praticantes com idades entre os 31 e 40 anos e os praticantes com paraplegia são os únicos a receber este tipo de subsídio.

Relativamente às despesas mensais que esta prática desportiva acarreta para os praticantes com deficiência apurámos que 24% dos praticantes apresentam como despesa mensal um valor superior a 100 euros, 21% entre 25 a 50 euros, 15% entre 50 a 75 euros, 11% um valor inferior a 25 euros e 8% não tem despesas mensais com esta prática desportiva. Segundo a idade, os praticantes com idades compreendidas entre 18 e 30 anos e com mais de 41 anos são os que gastam mais com esta prática desportiva.

Segundo o tipo de deficiência, os praticantes com poliomielite e paraplegia são os que têm mais despesas mensais.

Podemos concluir, relativamente à nossa terceira hipótese, que a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva com o BCR; apresentando uma regularidade ao longo do tempo (excepto nos praticantes com idades compreendidas entre os 41 e 60 anos); com excepção dos praticantes com spina bífida e amputação, actualmente apresentam uma elevada intensidade da prática, sobretudo os praticantes entre os 18 e os 40 anos, e os com paraplegia e outra deficiência; assim como uma elevada frequência; encontrando-se satisfeitos com o desempenho dos profissionais, contudo insatisfeitos com a falta de apoio financeiro e logístico, independentemente da idade e tipo de deficiência. No que concerne às infra-estruturas verificámos que, na sua maioria, os praticantes de BCR estão satisfeitos com os balneários, arruamentos, acessos, portas, piso e WC's (com excepção dos com amputação), e na sua maioria insatisfeitos com o bar (excepto praticantes entre os 31 e 40 anos) e com as escadas, sobretudo os praticantes entre os 18 e os 30 e mais de 41 anos, contudo com excepção dos com spina bífida.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A Declaração de Salamanca marcou o início de um novo período na história das pessoas com deficiência, o período da inclusão, marcado por uma nova filosofia de estar na sociedade. O DA surge como uma forma de a pessoa com deficiência se sentir incluída na sociedade. Assim, é do nosso interesse saber se o DA realmente contribui para uma maior inclusão social segundo a opinião dos praticantes.

Nas últimas décadas assistimos a um maior interesse no estudo da população com deficiência, contudo, ainda são poucos os estudos que nos permitem caracterizá-la face à sua inclusão na sociedade, nomeadamente no que concerne ao desporto. Tanto no que concerne ao desporto quanto à vida diária, as pessoas com deficiência enfrentam um conjunto de barreiras e obstáculos que põem em causa a sua inclusão.

O BCR é um desporto adaptado excitante e de rápida ascensão. É um jogo de equipa que permite que atletas com vários níveis de incapacidade participem em conjunto. Esta realidade suscitou o nosso interesse em saber se a prática do BCR permite uma maior inclusão dos praticantes na sociedade, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e de reconhecimento social e permitindo-lhes valorizar áreas da sua vida, como a sua auto-estima, a imagem corporal e a condição física, saber se estão satisfeitos com o desempenho de profissionais, o apoio financeiro e as infra-estruturas onde praticam a modalidade, e ainda saber se os praticantes de BCR sentem atitudes negativas, preconceitos ou discriminação por parte de outras pessoas.

Assim, com base no contributo de vários autores referidos na revisão da literatura (*cf.* Capítulo I), traçámos a nossa problemática, definindo como objecto de estudo que **a prática desportiva do Basquetebol em cadeira de rodas se apresenta para os atletas, como um meio de afirmação e inclusão social, de melhoria da sua qualidade de vida, e de aquisição de um conjunto de valências recorrentes no quotidiano, ainda que estes encontrem obstáculos à sua acessibilidade.**

De forma a tirarmos ilações do nosso objecto de estudo, foram delineadas as nossas hipóteses, sendo que a primeira pretende investigar se os praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas apresentam uma auto-estima e uma representação positiva de inclusão social, e se consideram que este desporto lhes incrementa a sociabilidade e contribui para o reconhecimento do seu valor. Como pressuposto, consideramos que esta realidade variaria segundo a deficiência motora e o período de



aquisição, independentemente da idade e do grupo social (HIPÓTESE 1); e se a maioria dos praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas afirma estar satisfeita com a sua imagem corporal e dá grande importância à prática de BCR e à condição física que este lhes proporciona, sendo que a prática deste desporto contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, independentemente da idade, do grupo social e do tipo de deficiência (HIPÓTESE 2); e, por último, se a maioria dos atletas iniciou a prática desportiva com o BCR, se apresentou uma regularidade ao longo do tempo, sendo que actualmente com uma elevada intensidade e frequência, encontrando-se satisfeita com o desempenho dos profissionais, apesar de insatisfeita com a acessibilidade às infra-estruturas para a prática desportiva do Basquetebol em cadeira de rodas, em particular as barreiras arquitectónicas e a falta de apoio financeiro e logístico, independentemente da idade e do tipo de deficiência (HIPÓTESE 3).

De forma a averiguarmos a veracidade das nossas hipóteses, elaborámos a metodologia (*cf.* Capítulo II), que nos serviu de base na realização do nosso instrumento de medida, o inquérito sociográfico, que dividido em seis grupos, contém toda a informação necessária para testarmos as nossas hipóteses, de modo a retirarmos as conclusões do estudo realizado.

Tendo em conta que a nossa investigação tinha como alvo a população de praticantes de BCR e que não existe um número elevado de praticantes de BCR no nosso país, o nosso estudo foi dirigido a toda a população de praticantes de BCR, resultando numa amostra de 80 praticantes (*cf.* Capítulo III). Os dados recolhidos através da aplicação do inquérito sociográfico, foram tratados para posterior análise através do programa informático de estatística denominado *SPSS*. Através dos *outputs* retirados, analisámos e discutimos os resultados de forma a verificar se as hipóteses se comprovavam (*v.* Capítulo IV).

A auto-estima é um dos indicadores críticos do ajustamento à vida e ao bem-estar emocional, interferindo em outras formas de manifestação de um indivíduo, sejam elas académicas, sociais ou desportivas (Marsh & Jackson, 1986; Marsh *et al.*, 1986). Para além disso, influencia o modo como o indivíduo está motivado, persiste, adquire e atinge os níveis de sucesso desejados nas mais diversas áreas de actividade (Weiss, 1987).

De acordo com a análise e discussão dos nossos resultados, concluímos que os praticantes de BCR apresentam uma auto-estima bastante elevada. Um estudo realizado

por Taleporos & McCabe (2001) sugere que o feedback do ambiente social é um poderoso mediador da auto-estima em pessoas com deficiência motora. Para os mesmos autores (2002, 2005), a deficiência motora tem um impacto negativo nas auto-percepções. Como resultado de perda na função nas estruturas corporais, as pessoas que são visivelmente diferentes têm demonstrado desenvolver uma auto-estima mais baixa (Rumsey & Harcourt, 2004).

No nosso estudo, a média de auto-estima global (33,30) é ligeiramente superior à média de auto-estima de adolescentes praticantes de Natação com deficiência motora (Martin, 1999), e superior à média de praticantes de desportos em cadeira de rodas no Reino Unido (Campbell, 1995), assim como em praticantes femininos sem deficiência de Ginástica, Futebol e Skate (Martin *et al.*, 1997). Desta forma, podemos concluir que os praticantes de BCR com deficiência motora do nosso universo de análise não apresentam uma baixa auto-estima relativamente a outros grupos com deficiência (Martin, 1999; Campbell, 1995), bem como a outros grupos de exercício físico de praticantes sem deficiência (Martin *et al.*, 1997; Crawford & Eklund, 1994; Eklund & Crawford, 1994; McAuley & Burman, 1993).

A primeira hipótese pressupunha que a auto-estima fosse positiva, independente da idade e do grupo social, embora pudesse variar segundo o tipo de deficiência e o período de aquisição. Assim, concluímos que a hipótese se confirma em parte, pois varia segundo a idade, grupo social, mas não varia segundo o período de aquisição, contrariamente ao proposto na hipótese. Confirma-se, ainda, segundo o tipo de deficiência, pois apresenta variações. Assim, são os praticantes com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos, os inseridos em grupos sociais com maiores recursos e com poliomielite, que apresentam os valores mais elevados de auto-estima.

Também na análise da auto-estima concluímos que a auto-estima não varia segundo o período de aquisição, contrariamente ao proposto na nossa hipótese e em estudos realizados por Hopper (1986), Campbell (1995), Skordilis *et al.* (2006) e Sherrill (1993). Hopper (1986), Campbell (1995) e Skordilis *et al.* (2006) demonstraram que o grupo de atletas com deficiência motora adquirida possuía um nível mais elevado de auto-estima relativamente ao grupo de atletas com deficiência motora congénita. Em oposição, um estudo realizado por Sherrill (1993) concluiu que as pessoas que adquirem a deficiência apresentam uma auto-estima mais baixa do que as que têm deficiência congénita.

Na nossa investigação, e após uma revisão da literatura, considerámos que existem atitudes de preconceito, indiferença, exclusão e discriminação, bem como comportamentos de segregação, obstáculos psicológicos e estereótipos que comprometem a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade. Após uma análise do nosso inquérito concluímos que a maioria dos praticantes de BCR não percebe este tipo de sentimentos, atitudes, comportamentos ou obstáculos, o que nos leva a inferir que a maioria apresenta uma representação positiva de inclusão social.

Contudo, esta realidade tende a variar segundo a idade e o grupo social, mas não varia segundo o período de aquisição, contrariamente ao que foi pressuposto na hipótese. Segundo a idade, verificámos que os praticantes com menos de 18 anos sentem mais atitudes de preconceito, indiferença, discriminação, exclusão, estigmatização e, são, também, mais alvo de estereótipo. Enquanto os praticantes com mais de 61 anos sentem mais comportamentos de segregação, enquanto os obstáculos psicológicos são mais sentidos pelos praticantes com menos de 30 anos.

De acordo com o grupo social, concluímos que os praticantes pertencentes ao grupo SEE sentem um pouco mais atitudes de preconceito e de indiferença bem como de discriminação relativamente aos praticantes inseridos nos grupos sociais SEE e PIAP.

Concluímos, ainda, que os praticantes com paraplegia e spina bífida sentem mais atitudes de preconceito e mais obstáculos psicológicos; os praticantes com amputação sentem mais obstáculos psicológicos e atitudes de preconceito; os praticantes com outra deficiência sentem-se mais excluídos; os praticantes com poliomielite são os que sentem mais preconceito e indiferença.

Os praticantes de BCR consideram que esta modalidade é uma forma de convívio muito valorizada nas suas vidas, o que conseqüentemente aumenta a sua sociabilidade. Ficou, igualmente, demonstrado nos estudos realizados por Giacobbini *et al.* (2008), Blinde & McClung (1997), Goodwin *et al.* (2004), Martin & Smith (2002) que a actividade física aumenta as experiências e interacções sociais com outras pessoas com ou sem deficiência e que, para além disso, ajuda os praticantes a iniciarem actividades sociais em outros contextos das suas vidas, como por exemplo, sair mais de casa e experienciar tarefas diferentes das que estão habituados a realizar (Blinde & McClung, 1997), tornando-se benéfico para as pessoas com deficiência, pois estas correm o risco frequente de isolamento social e o DA surge justamente como uma forma

de o quebrar. Contrariamente Dunham & Dunham (1987) postula que as limitações visíveis e perceptíveis da pessoa com deficiência motora dificultam o seu envolvimento em experiências de vida social que, conseqüentemente, afectam as interacções sociais.

Segundo a nossa primeira hipótese, a sociabilidade adquirida através do BCR apresenta variações segundo o tipo de deficiência e período de aquisição, tal como pressupunha a nossa hipótese, contudo também apresenta variações na idade e grupo social, contrariamente ao que foi proposto na hipótese. Os dados apontaram, também, que esta tendência se expressa sobretudo nos mais jovens (Swanson *et al.*, 2008), nos inseridos em grupos sociais com menores recursos, com poliomielite ou outra deficiência, e nos que adquiriram a deficiência de forma congénita.

O BCR surge como uma forma de reconhecimento social do valor dos praticantes com deficiência, estando igualmente em consistência com o estudo realizado por Goodwin *et al.* (2004). Na nossa investigação, segundo a auto-representação dos praticantes com deficiência, verificámos que o BCR permite uma maior afirmação de igualdade perante os outros, seguindo-se o reconhecimento social pelo público em geral e por outras instituições públicas/desportivas bem como por outros atletas, através dos meios de comunicação, na escola e no trabalho. A nossa hipótese confirma-se em parte relativamente à idade, grupo social e tipo de deficiência e confirma-se na totalidade segundo o período de aquisição.

No que concerne à idade, a maioria dos escalões etários considera que o BCR lhes dá um maior reconhecimento social perante a sociedade, com excepção dos praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos. Para além disso, os praticantes com menos de 18 encontram-se subdivididos no que concerne à importância do reconhecimento social. Segundo o grupo social, o reconhecimento social é maior no grupo PIAP e vai diminuindo ao nível dos grupos sociais com maiores recursos. Assim, esta variável é inversamente proporcional aos recursos dos diferentes grupos sociais. Para o tipo de deficiência, os praticantes com amputação não consideram a modalidade como forma de reconhecimento social e os que apresentam outros tipo de deficiência também se encontram subdivididos nesta importância, enquanto os praticantes com poliomielite, paraplegia e spina bífida realmente consideram que o BCR lhes traz um maior reconhecimento social. Por último, a nossa hipótese confirma-se para o período de aquisição, pois apresenta variações, tal como pressupunha a nossa hipótese, em que

os praticantes com deficiência congénita consideram que o BCR lhes permite um maior reconhecimento social.

Relativamente à segunda hipótese, os dados apontam para uma satisfação/aceitação da imagem corporal pela maioria dos praticantes de BCR. Contrariamente aos estudos realizados por Cromer *et al.* (1990), Wolman *et al.* (1994), Romeu *et al.* (1993), Kettl *et al.* (1991) e por Taleporos & McCabe (2001a; 2002a), em que se verificou um impacto negativo na imagem corporal de pessoas com deficiência motora. Desta forma, as pessoas com deficiência motora enfrentam maiores desafios na sua imagem corporal do que a população em geral, bem como um maior feedback negativo do ambiente social devido às suas diferenças físicas (Lawrence, 1991, Stone, 1995; *Ap.* Taleporos & McCabe, 2001a).

A nossa hipótese confirma-se em parte, no que se refere às variáveis independentes, neste caso, a idade, grupo social e tipo de deficiência, pois pressupunha não existirem diferenças. Contudo, concluímos que a satisfação com a imagem corporal é directamente proporcional à idade e ao grupo social, ou seja, à medida que aumenta a satisfação com a imagem corporal aumenta a idade, sucedendo igualmente para o grupo social. Segundo o tipo de deficiência, constatámos que a maioria dos praticantes considera-se satisfeita com a sua imagem corporal, ainda que os com spina bífida e paraplegia apresentem valores mais baixos do que os restantes, estando de acordo com os resultados obtidos por Taleporos & McCabe (2005), em que as pessoas com deficiência motora mais severa, bem como as pessoas que necessitam de maior ajuda nas suas tarefas diárias apresentam uma auto-imagem corporal mais baixa do que outras pessoas que apresentem uma deficiência motora menos severa ou que não necessitem de ajuda nas actividades diárias.

No nosso estudo ficou demonstrada a importância da prática do BCR para os seus praticantes que apresentam uma deficiência motora. O mesmo sucedeu nos estudos realizados por Giacobbi *et al.* (2008) em praticantes de BCR, e por Martin *et al.* (1995), em adolescentes com deficiência, praticantes de Natação.

A importância da prática do BCR para os seus praticantes apresenta variações segundo a idade, grupo social e tipo de deficiência, contrariamente ao proposto na nossa hipótese. Ainda que todos os escalões etários e grupos sociais e os vários tipo de deficiência atribuam grande importância a esta modalidade, são os praticantes mais novos e com idades compreendidas entre os 51 e 60 anos, bem como os grupos sociais

com maiores recursos e os praticantes com spina bífida e amputação que maior importância atribuem ao BCR.

Face aos dados da nossa investigação verificamos que os praticantes de BCR têm uma percepção positiva da condição física proporcionada pela prática deste desporto. Encontramos evidências similares noutros estudos relativamente aos benefícios relacionados com a saúde, nomeadamente físicos, como é o caso de um estudo realizado por Giacobbi *et al.* (2008) em praticantes de BCR; Hicks *et al.* (2003) e Lavis *et al.* (2007) em pessoas com lesões vértebro-medulares; Blundell *et al.* (2003) em alunos com paralisia cerebral; e Crawford *et al.* (2008) em pessoas com problemas de mobilidade. Confirma-se, assim, a nossa hipótese, ainda que com algumas variações segundo a idade, grupo social e tipo de deficiência, sendo que o grau de importância atribuído à condição física tende a aumentar a partir dos 41 anos, bem como nos grupos sociais com maiores recursos e, sobretudo, nos praticantes com spina bífida e poliomielite.

Quando inquiridos sobre as razões da prática do BCR, verificámos que a primeira razão é a sociabilidade proporcionada, enquanto a condição física se apresenta como a segunda principal razão, reafirmando-se, mais uma vez, a importância que a condição física apresenta na vida dos praticantes de BCR. Estas evidências são similares ao estudo realizado, em 1998, por Marivoet (2001), em que a condição física e o corpo se apresentam como razão principal na prática desportiva. No DA encontramos dois estudos que nos revelam que a manutenção de uma boa condição física é a principal razão para a prática desportiva de pessoas com LVM (Tasiemski *et al.*, 2000; 2004).

Não existem dúvidas de que adquirir uma LVM influencia negativamente a qualidade de vida (Dijkers, 1997; 1999; Craig *et al.*, 1998). Como já foi referido, a maioria da nossa amostra apresenta uma LVM, contudo, os resultados da nossa investigação mostram-nos que, segundo a opinião dos praticantes de BCR, a maioria considera que a prática do BCR lhes proporciona bastantes melhorias na sua qualidade de vida, indo ao encontro de estudos realizados anteriormente no DA (Ferreira, 1993; Rejeski *et al.*, 1996; Blinde & McClung, 1997; Hicks *et al.*, 2003; Tasiemski *et al.*, 2004; Giacobbi *et al.*, 2008; Stevens *et al.*, 2008). Assim, a nossa hipótese confirma-se independentemente da idade e grupo social, contudo, apresenta variações segundo o tipo de deficiência, em que os que apresentam outra deficiência e têm spina bífida são os que menos consideram melhorias na sua qualidade de vida através da prática do BCR.

No que concerne à nossa terceira hipótese verificámos que a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva com o BCR, independentemente da idade e do tipo de deficiência, confirmando-se assim a nossa hipótese. Os praticantes que não iniciaram a prática desportiva com o BCR fizeram-no, sobretudo, com o Futsal e com o Remo.

Para além disso, a maioria dos praticantes iniciou a prática desportiva na adolescência ou na idade adulta. Ainda segundo a idade verificámos que a maioria dos praticantes mais novos iniciou a sua prática desportiva em idades mais jovens, contrariamente aos praticantes mais velhos que começaram na idade adulta. Segundo o tipo de deficiência, concluiu-se que a maioria dos praticantes com spina bífida iniciou a prática desportiva mais cedo (entre os 11 e os 15 anos) e a maioria dos praticantes com amputação iniciou mais tarde (a partir dos 31 anos).

A maioria da nossa amostra sempre manteve uma actividade desportiva ao longo do tempo, tal como foi proposto na hipótese. Segundo a idade encontramos variações, sendo que os praticantes com idades compreendidas entre os 41 e 60 anos têm praticado com interrupções. Ainda verificámos que os praticantes com menos de 18 anos são os que mais praticam uma actividade desportiva há menos de 1 ano. Segundo o tipo de deficiência não encontramos variações confirmando-se, assim, a nossa hipótese. Como principais razões apresentadas para a interrupção da prática desportiva foram referidas a falta de tempo por motivos profissionais, as questões de saúde, e em terceiro lugar a falta de tempo por motivos familiares. Similarmente, num estudo apresentado por Marivoet (2001), conclui-se que entre as principais razões encontram-se, igualmente, a falta de tempo por motivos profissionais, seguida da falta de tempo por motivos familiares e da falta de interesse.

A maioria dos praticantes de BCR pratica esta modalidade há menos de 10 anos e fá-lo principalmente em associações /clubes ou infra-estruturas públicas. Para além disso, a maioria não pratica outra modalidade em cadeira de rodas.

No que se refere ao índice de intensidade, apurámos que cada praticante pratica uma média semanal de 4h31m. Resultados consistentes foram apresentados por Marivoet (2001), em que a população portuguesa entre os 15 e 74 anos, no ano de 1998, apresenta uma média semanal de prática desportiva de 4h55m, entre todos os praticantes. No que se refere à idade, os praticantes entre os 18 e 40 anos são os que passam um maior número de horas por semana a praticar desporto. Contudo apenas os

praticantes com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, bem como os praticantes com paraplegia e outra deficiência são os que apresentam um maior índice de intensidade, um valor superior ao da média apresentada quer no nosso estudo quer no estudo realizado por Marivoet (2001), em 1998.

A maioria dos praticantes de BCR pratica este desporto semanalmente, independentemente da idade e tipo de deficiência, confirmando-se a nossa hipótese. Também na análise dos Indicadores COMPASS, igualmente indicadores de frequência, verificámos que os valores apresentados demonstram uma prática intensiva elevada, pois a participação desportiva é superior a 120 vezes por ano. Desta forma, a prática desportiva competitiva, organizada e intensiva é superior a países como a Suécia, Grã-Bretanha e Irlanda, Portugal, Espanha e Itália (Marivoet, 2005). Assim, podemos verificar uma elevada frequência de prática, confirmando-se a nossa hipótese. Também, segundo a idade, o tipo de deficiência não se verificou outra tendência, tal como pressupunha nossa hipótese.

No nosso estudo verificámos que a maioria dos praticantes de BCR se encontra satisfeita com o desempenho dos profissionais, não se verificando variações segundo a idade e tipo de deficiência, confirmando-se igualmente a nossa hipótese. Podemos, assim, inferir que os profissionais do BCR apresentam os conhecimentos necessários para incluir pessoas com deficiência em actividades desportivas, contribuindo, conseqüentemente, para a sua inclusão na sociedade, pois como adverte Eminović *et al.* (2009), a falta de conhecimento de como incluir pessoas com deficiência em actividades desportivas funciona como uma barreira na inclusão desta população.

Nos estudos realizados por Tasiemski *et al.* (2000; 2004) a falta de infra-estruturas acessíveis à prática desportiva surge como uma das principais barreiras à prática desportiva de pessoas com lesões vértebro-medulares, apontada igualmente em parte pela maioria da nossa amostra. Contudo, verificámos que, contrariamente ao proposto na nossa hipótese, a maioria afirmou estar satisfeita com os balneários, arruamentos, acessos e WC's (com excepção dos praticantes com amputação), portas e pisos. Contudo, a maioria afirmou estar pouco ou nada satisfeita com o bar (excepto praticantes com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos) e com as escadas (excepto os praticantes mais novos). Assim, confirma-se em parte a nossa hipótese, na medida em que as escadas constituem barreiras arquitectónicas no acesso dos praticantes de BCR.



A maioria dos praticantes encontra-se insatisfeita com os apoios financeiros para o BCR, independentemente da idade e do tipo de deficiência, confirmando-se a nossa hipótese. Concluímos, ainda, que os praticantes com menos de 18 anos e entre os 31 e 40 anos e os praticantes com paraplegia são os únicos a receber este tipo de subsídio. Podemos, assim, concluir que a falta de recursos financeiros funciona como uma barreira para a participação desportiva de pessoas com deficiência (Eminović *et al.*, 2009).

Os resultados da nossa investigação sugerem que se continue a investigar a temática da inclusão através do desporto para pessoas com deficiência. Contudo deve-se fazê-lo em outras modalidades desportivas individuais ou em cadeira de rodas, de modo a aprofundar o conhecimento das diferenças que possam existir entre modalidades colectivas/individuais e de modo a averiguar se as nossas conclusões são válidas noutras modalidades em cadeira de rodas. Também seria desejável estudar outros tipos de deficiência, de modo a verificar se a realidade é a mesma dos praticantes de BCR. Para além disso, fica sempre em aberto se as conclusões do nosso estudo se podem generalizar a outros atletas com deficiência motora que participam em outros desportos.

Por fim, nas sugestões ou recomendações para futuros trabalhos neste âmbito, parece-nos também de extrema importância, o recurso à investigação de natureza qualitativa como complemento da quantitativa, de modo a identificarem-se aspectos pessoais ou particulares ou mesmo de interacção no terreno, que dificilmente são susceptíveis de serem captados em estudos que usam como único instrumento de recolha de informação o inquérito por questionário.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrantes, H. (1998). A Satisfação com a Imagem Corporal, Auto-estima e Actividade Física – Estudo Comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto, na área de Especialização de Desporto e Recreação e Lazer. Porto: Universidade do Porto.
- Amado, L. (1994). Desporto, desenvolvimento e práticas sociais. *Horizonte*, XI (64), 130 – 135.
- Ammons, D. (1986). World Games for the Deaf. In C. Sherrill (Ed.). *Sport and Disabled Athletes*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, Inc.
- Amosun, S., Volmink, L., & Rosin, R. (2005). Perceived images of disability: The reflections of two undergraduate medical students in a university in South Africa on life in a wheelchair. *Disability & Rehabilitation*, 27(16), 961 – 966.
- Anderson, D.; Bedini, L. & Moreland, L. (2005). Getting All Girls into the Game: Physically Active Recreation for Girls with Disabilities. *Journal of Park and Recreation Administration*. 23(4), 78 – 103.
- Anderssen, N. & Wold, B. (1992). Parental and Peer Influence on Leisure – Time Physical Activity in Young Adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63(4), 341 – 348.
- Araújo, D., Calmeiro, L. & Palmeira, A. (2005). Intenções para a prática de actividades físicas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 5(1,2), 257 – 272.
- Arbour, K.; Latimer, A; Ginis, K, & Jung, M. (2007). Moving Beyond Stigma: The Impression Formation Benefits of Exercise for Individuals With a Physical Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(2), 144 – 159.
- Asçi, F.; Asçi, A. & Zorba, E. (1999). Cross-Cultural Validity and Reliability of Physical Self- Perception Profile. *International Journal of Sport Psychology*, 30, 399 – 406.
- Ashton-Shaeffer, C.; Gibson, H; Autry, C. & Hanson, C. (2001). Meaning of Sport to Adults with Physical Disabilities: A Disability Sport Camp Experience. *Sociology of Sport Journal*, 18(1), 95 – 114.
- Aspis, S. (2001). Inclusive education, politics and the struggle for change. In L. Barton, *Disability, Politics & the Struggle for Change* (Chapter 9). Londres: David Fulton Publishers.

- Balic, M.; Mateos, E. & Blasco, C. (2000). Physical Fitness Levels of Physical Active and Sedentary Adults With Down Syndrome. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 310 – 321
- Barnes, C., Oliver, M. & Barton, L. (2002). Disability, the Academy and the Inclusive Society (Chapter 13). In C. Barnes, M. Oliver & L. Barton, *Disability Studies Today*. Cambridge: Polity Press.
- Barton, L. (1996). *Disability & Society: Emerging Issues and Insights*. London: Longman.
- Batista, P. (1995). Satisfação com a Imagem Corporal e Autoestima. Estudo Comparativo de Adolescentes Envolvidas em Diferentes Níveis de Actividade Física. Dissertação Apresentada no I Mestrado em Ciência do Desporto na Área de Especialização Desporto de Crianças e Jovens. Universidade do Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Batista, P. (2000). Satisfação com a imagem corporal e auto-estima. Estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividade física. *Horizonte*, XVI (91), 9 – 15.
- Bedini, L.A. (2000). Just sit down so we can talk: Perceived stigma and community recreation pursuits of people with disabilities. *Therapeutic Recreation Journal*, 34(1), 55–68. Online Retrieved from: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3903/is\\_200001/ai\\_n8894930/](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_200001/ai_n8894930/)
- Bent, N., Jones, A., Molloy, I., Chamberlain, M., & Tennant, A. (2001). Factors determining participation in young adults with a physical disability: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 15(5), 552 – 561.
- Bento, J. (1991). *Desporto, Saude, Vida. Em defesa do Desporto*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Bento, J. (2004). *Desporto – Discurso e substância*. Porto: Campo das Letras Editores, S.A.
- Berger, B.; Pargman, D. & Weinberg, R. (2002). *Foundations of Exercise Psychology*. Morgantown: Fitness Information Technology, Inc.
- Bernardo, R. & Matos, M. (2003). Desporto aventura e auto-estima nos adolescentes, em meio escolar. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 3(1), 33 – 46.
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2001). *Psychology of Physical Activity. Determinants, well-being and interventions*. New York: Routledge.

- Birndorf, S.; Ryan, S.; Auinger, P. & Aten, M. (2005). High self-esteem among adolescent: Longitudinal trends, sex differences, and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 194 – 201.
- Blinde, E. & McCallister, S. (1999). Women, Disability, and Sport and Physical Fitness Activity: The Intersection of Gender and Disability Dynamics. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70 (3), 303 – 312.
- Blinde, E. & McClung, L. (1997). Enhancing the Physical and Social Self Through Recreational Activity: Accounts of Individuals With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14(4), 327 – 344.
- Block, M., & Obrusnikova, I. (2007). Inclusion in Physical Education: A Review of the Literature From 1995-2005. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(2), 103 – 124.
- Blundell, S., Shepherd, R., Dean, C., Adams, R., & Cahill, B. (2003). Functional strength training in cerebral palsy: a pilot study of a group circuit training class for children aged 4–8 years. *Clinical Rehabilitation*, 17(1), 48 – 57.
- Botelho, A. & Duarte, A. (1999). Relação entre a prática de actividade física e o estado de bem-estar, em estudantes adolescentes. *Horizonte*, XV(90), 5 – 7
- Brasile, F. (1990). Wheelchair sports: a new perspective of integration. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 7, 3 – 11.
- Brittain, I. (2004). Perceptions of Disability and their Impact upon Involvement in Sport for People with Disabilities at all Levels. *Journal of Sport & Social Issues*, 28, 429 – 452.
- Brittain, I. (2004). Perceptions of Disability Impact Upon Involvement in Sport for People with Disabilities at all Levels. *Journal of Sport & Social Issues*, 28(4), 429 – 452.
- Buckworth, J. & Dishman, R. (2002). Self-esteem. In J. Buckworth & R. Dishman, Exercise Psychology (Chapter 8). Champaign, Il: Human Kinetics.
- Buckworth, J. & Dishman, R.K. (2002). Exercise psychology. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Butler, R. & Hodge, S. (2004). Social inclusion of students with disabilities in middle school physical education classes. *Research in Middle Level Education*, 27(1), 1–10.

- Byrne, B. (1996). *Measuring Self-concept across the Lifespan: Issues and Instrumentation*. Washington, D.C.: American Psychology Association.
- Calca, J. (1993). Contributo para o conhecimento e caracterização da Educação Física. *Horizonte*, X (57), 101 – 110.
- 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). Psychological well-being in wheelchair sport participants and non-participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 404 – 415.
- Campbell, J.; Trapnell, P.; Heine, S. Katz, I.; Lavalle, L. & Lehman, D. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 141 – 156.
- Carless, D. & Fox, K. (2003). The physical self. In T. Everett, M. Donaghy & S. Feaver. *Interventions for mental health: An evidence-based approach for physiotherapists & occupational therapists*. London: Butterwoth-Heinemann.
- Carvalho, J. (1995). Breve História das Organizações Desportivas. Federação Portuguesa do Desporto para Deficientes. *Informação*, 7, 7 – 23.
- Carvalho, J. (2005). Portugal: Livro dos Louros dos Jogos Paralímpicos de Atenas 2004. Olival de Bastos: Palmigráfica.
- Cash, T. & Brown, T. (1989). Gender and body images: stereotypes and realities. *Sex roles*, 21(516), 361 – 373.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, Deviance and Change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T. (1990). The psychology of physical appearance: aesthetics, attributes, and images? In T. Cash, & T. Pruzinsky (eds), *Body images: Development, Deviance and Change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*. 1(1), 1 – 5.
- Castelo-Branco, M. C., & Pereira, A. S. (2001). A auto-estima, a satisfação com a imagem corporal e o bem-estar docente. *Psicologia, Educação e Cultura*, 5, 335 – 346.

- Castro, J. (1998). Análise de alguns aspectos de prática desportiva por pessoas deficientes. *SOBAMA – Revista da Sociedade Brasileira de Actividades motoras adaptadas*, 3(3), 31 – 34.
- César, M. (2003). A escola inclusiva enquanto espaço-tempo de diálogo de todos para todos. In D. Rodrigues (org.), *Perspectivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. Porto: Porto Editora.
- Cid, L. (2002). Reflexão sobre ética no desporto para crianças e jovens. *Horizonte*, XVIII (104), 36 – 39.
- Conselho da Europa. (1988). *Carta Europeia do Desporto para Todos: as Pessoas Deficientes*. Lisboa: Direcção-Geral dos Desportos.
- Cooper, R.A., Quatrano, L.A., Axelson, P.W., Harlan, W., Stineman, M., Franklin, B., Krause, S., Bach, J., Chambers, H., Chao, E., Alexander, M. & Painter, P. (1999). Research on physical activity and health among people with disabilities: A consensus statement. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 36(2), 142-154. Online retrieved from: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/99/36/2/cooper.pdf>.
- Coppenolle, H. & Potter, J. (2004). ADAPT - Curriculum Europeu em Actividade Física Adaptada. Online retrieved from: <http://www.kuleuven.be/thenapa/pdfs/adapt1/portugal.pdf>.
- Correia, L. (2001). Educação inclusiva ou educação apropriada? In D. Rodrigues (org.), *Educação e diferença. Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. (2003). *Inclusão e necessidades educativas especiais: um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Craft, L. & Landers, D. (1998). The Effect of Exercise on Clinical Depression and Depression Resulting From Mental Illness: A Meta-Analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20(4), 339 – 357.
- Craig, A.; Hancock, K.; Chang, E. & Dickson, H. (1998). Immunizing Against Depression and Anxiety After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 79, 375-377. Online retrieved from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0003-9993/PIIS0003999398901368.pdf>.

- Crawford, A., Hollingsworth, H., Morgan, K. & Gray, D. (2008). People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. *Disability and Health Journal*, 1, 7 – 13.
- Crawford, S. & Eklund, R.C. (1994). Social physique anxiety, reasons for exercise, and attitudes towards exercise settings. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 70 – 82.
- Crocker, P. & Bouffard, M. (1992). Perceived challenge in physical activity by individuals with physical disabilities: The relationship between appraisal and affect. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9, 130 – 140.
- Crocker, P. (1993). Sport and Exercise Psychology and Research With Individuals With Physical Disabilities: Using Theory to Advance Knowledge. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10, 324 – 335.
- Cromer, B. A., Enrile, B., McCoy, K., Gerhardstein, M. J., Fitzpatrick, M., & Judis, J. (1990). Knowledge, attitudes and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 602 – 610.
- Cruz, J. F., Machado, P. P. & Mota, M. P. (1996). Efeitos e benefícios psicológicos do exercício e da actividade física. In J. F. Cruz (Ed.), *Manual de psicologia do desporto* (pp. 91-116). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Davies, C. (1997). Body image, exercise and eating behaviors. In K. Fox, *The Physical Self – From Motivating to Well-being* (pp. 143-174). Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- DePauw, K. & Doll-Tepper, G. (2000). Toward progressive inclusion and acceptance: Myth or Reality? The inclusion debate and bandwagon discourse. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17 (2), 135 – 139.
- DePauw, K. & Gravon, S. (1995). *Disability and sport*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- DePauw, K. (1997). The (In)Visibility of Disability: Cultural Contexts and “Sporting Bodies”. *Quest*, 49 (4), 416 – 430.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542 – 575.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life-satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653 – 663.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302. Online retrieved from:

[http://dipeco.economia.unimib.it/persona/Stanca/Polec/Diener\\_Suh\\_Lucas\\_Smith\\_1999.pdf](http://dipeco.economia.unimib.it/persona/Stanca/Polec/Diener_Suh_Lucas_Smith_1999.pdf).

- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35, 829 – 840. Online retrieved from: <http://www.nature.com/sc/journal/v35/n12/pdf/3100571a.pdf>
- Dijkers, M. (1999). Correlates of Life Satisfaction among Persons with Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 80, 867 – 876. Online retrieved from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0003-9993/PIIS000399939990076X.pdf>.
- Downs, P. & Williams, T. (1994). Student Attitudes toward Integration of People with Disabilities in Activity Settings: A European Comparison. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 32 – 43.
- Duggan C. & Dijkers M. (2001). Quality of life after spinal cord injury: A qualitative study. *Rehabilitation Psychology*. 46, 1 – 27.
- Dunham, J. R. & Dunham, C. S. (1987) Psychosocial aspects of disability. In R. Goldenson, J. Dunham & C. Dunham (Eds.), *Disability and rehabilitation handbook* (p. 12-20). New-York: McGraw-Hill.
- Dunn, D.S. (1996). Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285 – 302. ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Eklund, R. C., & Crawford, S. (1994). Active women, social physique anxiety, and exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 431 – 448.
- Eminović, F., Nikić, R., Stojković, I., & Pacić, S. (2009). Attitudes toward inclusion of persons with disabilities in sport activities. *Sport Science*, 2(1), 72 – 77.
- Faison-Hodge, J., & Porretta, D. (2004). Physical Activity Levels of Students With Mental Retardation and Students Without Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21, 139 – 152.
- Falsom-Meek, S. (1991). Relationship among attributes, physical fitness, and self-concept development of elementary school-children. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 379 – 383.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 361 – 371.



- Faria, L., & Silva, S. (2000). Efeitos do exercício físico na promoção do auto-conceito. *Psychologica*, 25, 25 – 43.
- Farias, N. & Buchalla, C. (2005). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 8(2), 187 – 193.
- Fernandes, M. (1997). Sobre o emprego de pessoas com deficiência. *Integrar*, 13, 5 – 13.
- Ferreira, J. (2005). Desporto adaptado: um veículo de socialização e de integração da pessoa com deficiência. *Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física*. 30, 111 – 120.
- Ferreira, J. (2006). Exercício, autopercepções e bem-estar psicológico em praticantes com deficiência motora. In D. Rodrigues (Ed.) *Actividade Motora Adaptada: A alegria do corpo*. S. Paulo: Artes Médicas, 144 – 158.
- Ferreira, J. (2007). Principais benefícios do exercício e da prática desportiva regular em grupos com necessidades especiais. *Horizonte*, XXI (126), I – VIII.
- Ferreira, L. (1993). Participação em sociedade, Desporto para Todos/ Desporto Adaptado. *Revista Integrar*, 1, 42 – 45.
- Ferreira, V. (2001). O Inquérito por Questionário na Construção de Dados Sociológicos. In: A. Silva & J. Pinto (Eds.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Biblioteca das Ciências do Homem: Edições Afrontamento.
- Filho, W. & Guedes, M. (1999). Tempo, consumo e práticas desportivas. *Horizonte*, XV (87), 15 – 17.
- Fox, K. (1988). The Self-Esteem complex and youth fitness. *Quest*. 40, 230 – 246.
- Fox, K. (1997a). Introduction: Let's get Physical. In K. Fox, *The Physical Self*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, vii – xiii.
- Fox, K. (1997b). The Physical Self and Processes in the Self-Esteem Development. In K. Fox, *The Physical Self – From Motivating to Well-being*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 111 – 139.
- Fox, K. (1998). Advances in the measurement of the physical self. In J. L. Duda (Ed), *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement*. Morgantown: Fitness Information Technology, 295 – 310.
- Fox, K. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*. 2(3a), 411 – 418.

- Fox, K. H. (2000a). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228 – 240.
- Fox, K. H. (2000b). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In S. Biddle, K. Fox & S. Boutcher (Eds.) *Physical activity and psychological well-being* (Chapter 5). London: Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.
- Fox, K. R. (2004). The evidence base for physical activity and mental health. I International In: *I Symposium of Exercise and Health Psychology – Coimbra*. Department of exercise and health sciences, university of Bristol, UK.
- Fox, K.; Boutcher, S.; Faulkner, G. & Biddle, S. (2000). The case for exercise in the promotion of mental health and psychological well-being (Chapter 1). In: S. Biddle, K. Fox & S. Boutcher (Eds). *Physical Activity and Psychological Well-being*. London: Routledge.
- Garcia, E. & Lemos, K. (2005). *Temas Atuais X em Educação Física e Esportes*. Belo Horizonte: Saúde.
- Ghigliione, R. & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora
- Giacobbi Jr., P., Hardin, B., Frye, N., Hausenblas, H., Sears, S., & Stegelin, A. (2006). A Multi-Level Examination of Personality, Exercise, and Daily Life Events for Individuals With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23(2), 129 – 147.
- Giacobbi, J., Stancil, M., Hardin, B., & Bryant, L. (2008). Physical Activity and Quality of Life Experienced by Highly Active Individuals With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25(3), 189 – 207.
- Gibbons, S.L., & Bushakra, F.B. (1989). Effects of Special Olympics participation on the perceived competence of mentally retarded children. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6, 40 – 51.
- Goffman, E. (1982). *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada* (4.<sup>a</sup>)
- Goodwin, D., Johnston, K., Gustafson, P., Elliott, M., Thurmeier, R., & Kuttai, H. (2009). It's Okay to Be a Quad: Wheelchair Rugby Players' Sense of Community. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(2), 102 – 117.
- Goodwin, D.; Thurmeier, R. & Gustafson, P. (2004). Reactions to the Metaphors of Disability: The Mediating Effects of Physical Activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21(4), 379 – 398.

- Goodwin, D.L., & Watkinson, E.J. (2000). Inclusive physical education from the perspective of students with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 144 – 160.
- Goosey-Tolfrey, V. (2005). Physiological profiles of Elite Wheelchair Basketball Players in Preparation for the 2000 Paralympic Games. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 22(1), 57 – 66.
- Goosey-Tolfrey, V., Butterworth, D., & Morriss, C. (2002). Free Throw Shooting Technique of Male Wheelchair Basketball Players. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(2), 238 – 250.
- Gorgatti, M. & Costa, R. (2005). *Atividade física adaptada*. Brasil: Editora Manole.
- Greendorfer, S. & Hasbrook, C. (1991). Learning Experiences in Sociology of Sport. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Greenwood, C.; Dzewaltowski, D. & French, R. (1990). Self efficacy and psychological well-being of wheelchair tennis participants and wheelchair nontennis participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 7, 12 – 21.
- Grenier, M. (2007). Inclusion in Physical Education: From the Medical Model to Social Constructionism. *Quest*, 59(3), 298 – 310.
- Guthrie, S. & Castelnuovo, S. (2001). Disability Management Among Women With Physical Impairments: The Contribution of Physical Activity. *Sociology of Sport Journal*, 18(1), 5 – 20.
- Guttmann, L. (1977). *Antologia desportiva: o desporto para deficientes*. Lisboa: Ministério da educação e investigação científica.
- Hardin, B. & Hardin, M. (2003). Conformity and Conflict: Wheelchair Athletes Discuss Sport Media. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20 (3), 246 – 259.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A development perspective*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Heath, G. & Fentem, P. (1997). Physical activity among persons with disabilities – A public health perspective. *Exercise and Sport Science Review*, 25, 195 – 234.
- Henderson, K. A. & Bedini, L. A. (1995). I have a soul that dance like Tina Turner, but my body can't: Physical activity and women with mobility impairments. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(2), 151 – 161.
- Hicks, A., Martin, K., Ditor, D., Latimer, A., Craven, C., Bugaresti, J., *et al.* (2003). Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: effects on strength,

- arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord*, 41(1), 34 – 43.
- Hokowhitu, B. (2003). 'Physical beings': stereotypes, sport and the “physical education” of New Zealand Maori. *Culture, Sport, Society*, 6(2/3), 192 – 218.
- Homem, F. (1998). O regresso do corpo no desenvolvimento das práticas desportivo-corporais. *Horizonte*, XIV (81), 3 – 7.
- Homem, F. (1999). Instalações Sociais no Associativismo Desportivo. Equívoco ou Realidade? *Horizonte*, XV (88), 33 – 39.
- Hopper, C. (1986). Socialization of wheelchair athletes. In C. Sherrill (Ed.), *Sports and Disabled Athletes* (Chapter 20). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Horn, T. & Claytor, R. (1993). Developmental Aspects of Exercise Psychology. In P. Seraganian. *Exercise Psychology: the Influence of Physical Exercise on Psychological processes*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Huang, C-J. & Brittain, I. (2006). Negotiating Identities Through Disability Sport. *Sociology of Sport Journal*, 23(4), 352 – 375.
- Hughes, B. (2002). Disability and the body. In C. Barnes, M. Olivier & L. Barton (eds), *Disability studies today*. Cambridge: Blackwell Publishers Ltd, 58 – 76.
- Hums, M., Moorman, A. & Wolf, E. (2003). The inclusion of the Paralympics in the Olympic and Amateur sports act. *Journal of Sport & Social Issues*, 27 (3), 261 – 275.
- Hutzler, Y. & Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: International Perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24 (1), 1 – 20.
- Hutzler, Y. (2007). A Systematic Ecological Model for Adapting Physical Activities: Theoretical Foundations and Practical Examples. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(4), 287 – 304.
- Hutzler, Y. (2008). Ethical Considerations in Adapted Physical Activity Practices. *Sport, Ethics & Philosophy*, 2(2), 158 – 171.
- Hutzler, Y., & Levi, I. (2008). Including Children with Disability in Physical Education: General and Specific Attitudes of High-school Students. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(2), 21 – 30.
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociol Health Illness*, 23(3), 287 – 305.

- International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA: 2004). Online retrieved from: <http://www.ifapa.biz/?q=node/7>.
- International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA: 2004). By-Laws. Online retrieved from: <http://www.ifapa.biz/imgs/uploads/PDF/IFAPA%20By-Laws.pdf>.
- International Wheelchair Basketball Federation (2001). Classification of Wheelchair Basketball Players. Online retrieved from: <http://www.iwbf.org/clas/iwbfclas.html>.
- IPC. (2005). Promoting the Health and Human Rights of Individuals with a Disability through the Paralympic Movement. Retrieved online from: [http://www.toolkitsportdevelopment.org/html/resources/60/6055B452-B735-4E75-B83F-128586AE1D87/Health as a Human Right Final Short Version.pdf](http://www.toolkitsportdevelopment.org/html/resources/60/6055B452-B735-4E75-B83F-128586AE1D87/Health%20as%20a%20Human%20Right%20Final%20Short%20Version.pdf).
- Jacobs, P.L., Nash, M.S., & Rusinowski, J.W. (2001). Circuit training provides cardiorespiratory and strength benefits in persons with paraplegia. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(5), 711.
- Jespersen, E., & McNamee, M. (2008). Philosophy, Adapted Physical Activity and Dis/ability. *Sport, Ethics & Philosophy*, 2(2), 87 – 96.
- Kalyvas, V., & Reid, G. (2003). Sport Adaptation, Participation, and Enjoyment of Students With and Without Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20(2), 182 – 199.
- Kamal, A.; Blais, C.; Kelly, P. & Ekstrand, K. (1995). Self-esteem Attributional Components of Athletes Versus Nonathletes. *Int. J. Sport Psychol.* 26 (2), 189 – 195.
- Kaplan, R.M. (1994). The Ziggy theorem: Toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychology*, 13, 451 – 460.
- Kasser, S. & Lytle, R. (2005). *Inclusive Physical Activity: A Lifetime of Opportunities*. USA: Human Kinetics.
- Keith, L. K. & Bracken, B. A. (1996). Self-concept instrumentation: a historical and evaluative review. In B. A. Bracken (Ed.), *Handbook of Self Concept: Developmental, Social and Clinical Consideration*. New York: John Wiley & Sons, 61 – 170.
- Kelly, L. (1990). Spinal Cord Disabilities. In J. Winnick (Ed). *Adapted Physical Education and Sport* (2<sup>nd</sup> Ed). USA: Human Kinetics.

- Kettl, P., Zarefoss, S., Jacoby, K., Garman, C., Hulse, C., Rowley, F. *et al.* (1991). Female sexuality after spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 9, 287 – 295.
- Kirk, S. & Gallagher, J. (1979). *Educating Exceptional Children* (3<sup>rd</sup> Ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Kirkby, R.J., Cull, J. & Foreman, P. (1996). Association of pre-lesion sports participation and involvement in wheelchair-sports following spinal cord injury. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 481 – 482.
- Kolkka, T. & Williams, T. (1997). Gender and Disability Sport participation: Setting a Sociological Research Agenda. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 8 – 23.
- Krebs, P. & Block, M. (1992). Transition of Students with Disabilities Into Community Recreation: The Role of the Adapted Physical Educator. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 9, 305 – 315.
- Lacerda, T. (1997). Para uma Estética do Desporto. *Horizonte*, XIII (78), 17 – 21.
- Lakomy, H. K. A. & Williams, T. (1995). The responses of an able bodied person to wheelchair training: a case study. *British Journal of Sports Medicine*, 30, 236 – 237.
- Lavis, T.; Scelza, W. & Bockenek, W. (2007). Cardiovascular Health and Fitness in Persons with Spinal Cord Injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 18, 317 – 331.
- Leal, M. R. M. (1989). Auto-estima, estruturação do eu e relação com o outro - Temática da formação na escola primária. *Inovação*, 2 (2), 144 – 156.
- Leitão, F. (1980). Algumas Perspectivas Históricas sobre Educação Especial. *Ludens*, 4(3), 12 – 18.
- Leith, L. (1994). Chapter 4: Exercise and self-concept/Self-esteem. In L. Leith, *Foundations of exercise and mental health*. Morgantown USA: Fitness Information Technology, Inc, 79 – 105.
- Leith, L. (1998). Improving your self-concept with exercise. In L. Leith (Ed.), *Exercising your way to better mental health*. Morgantown (USA): Fitness Information Technology, Inc, 9 – 23.
- Levy, S. & Ebbeck, V. (2005). The exercise and self-esteem model in adult women: the inclusion of physical acceptance. *Psychology of Sport and Exercise*. 6(5), 571 – 584.

- Lieberman, L. & Houston-Wilson, C. (2002). *Strategies for inclusion: a handbook for physical educators*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Little, M. (1990). Sport and Recreation: A Social Resource in the Community Integration of People with an Intellectual Disability. *Medicine Sport Science*, 30, 134 – 144.
- Longmuir, P.E., & Bar-Or, O. (2000). Factors influencing the physical activity levels of youth with physical and sensory disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 40 – 53.
- Lorincz, N. (1999). The classification of the elite athlete in disability sport – an athlete’s “holistic” perspective. In G. Doll-Tepper; M. Kroner & W. Sonnenschein (Eds). *New Horizons in Sports for Athletes with a Disability*. Proceedings of the International VISTA’99 Conference Cologne, Germany: Meyer & Meyer Sport.
- Macfarlane, J. (1985). The Education Act 1981. *British Medical Journal*, 290 (6485), 1848 – 1849.
- Mângia, E.; Muramoto, M. & Lancman, S. (2008). Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, 19 (2), 121 – 130.
- Manns, P. & Chad, K. (1999). Determining the Relation Between Quality of Life, Handicap, Fitness, and Physical Activity for Persons With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 80, 1566 – 1571. Online retrieved from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0003-9993/PIIS0003999399903313.pdf>
- Manuel, J.C., Balkrishnan, R., Camacho, F., Smith, B.P., & Koman, L.A. (2003). Factors associated with self-esteem in pre-adolescents and adolescents with cerebral palsy. *The Journal of Adolescent Health*, 32, 456 – 458.
- Marivoet, S. (1996). Desporto do ideal à realidade. *Horizonte*, XII (71), 193 – 196.
- Marivoet, S. (1997). Dinâmicas sociais nos envolvimento desportivos. *Sociologia – problemas e práticas*, 23, 101 – 113.
- Marivoet, S. (1998). Aspectos Sociológicos no Desporto. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marivoet, S. (1998). Investimentos Sociais em Carreiras Desportivas. *Horizonte*, XIII (76), 26 – 31.
- Marivoet, S. (1998). Tempo e espaços de realização humana no contexto das novas necessidades sociais. *Horizonte*, XIV (81), 8 – 11.

- Marivoet, S. (2001). Hábitos desportivos da população portuguesa: estudo da procura da prática desportiva. Lisboa: Centro de Estudos e Formação Desportiva.
- Marivoet, S. (2005). Assimetrias de género na participação desportiva: Portugal no contexto europeu. *Horizonte*, XX (120), 3 – 12.
- Marques, U. (1991). Investigação Científica em Pedagogia do Desporto para Deficientes. In: *Actas do II Congresso de Educação Física dos Países de Língua Portuguesa. As ciências do Desporto e a Prática Desportiva. Desporto na escola, Desporto de Reeducação e Reabilitação*. Universidade do Porto, 533 – 542.
- Marques, U. (1997). A exclusão social e a actividade física. In A. Marques, A. Prista, A. Junior, (Eds). *Educação Física: Contexto e Inovação – Actas do V Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa*. (Vol.1), pp 161 – 176.
- Marques, U. M., Castro, J. A. M. & Silva, M. A. (2001). Actividade Física Adaptada: uma visão crítica. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1(1), 73 – 79.
- Marsh, H. & Redmayne, R. (1994). A Multidimensional Physical Self-Concept and Its Relations to Multiple Components of Physical Fitness. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. Vol. 16(1), 43 – 55.
- Marsh, H. W. (1993). Physical fitness self-concept. Relations of physical fitness to field and technical indicators for boys and girls aged 5-15. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 184-206.
- Marsh, H. W., & Jackson, S. A. (1986). Multidimensional self-concepts, masculinity and femininity as a function of women's involvement in athletics. *Sex Roles*, 15, 391-415.
- Marsh, H.; Richards, G. & Barnes, J. (1986). Multidimensional self-concepts: A long term follow-up of the effect of participation in an Outward Bound program. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 475-492.
- Martin, J. (1999). Predictors of Social Physique Anxiety in Adolescent Swimmers With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16(1), 75-85.
- Martin, J. (2008). Multidimensional Self-Efficacy and Affect in Wheelchair Basketball Players. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25(4), 275-288.
- Martin, J., & Smith, K. (2002). Friendship Quality in Youth Disability Sport: Perceptions of a Best Friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(4), 472-482.



- Martin, J., Adams-Mushett, C., & Smith, K. (1995). Athletic identity and sport orientation of adolescent swimmers with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12(2), 113-123.
- Martin, J., Engels, H., Wirth, J., & Smith, K. (1997). Predictors of social physique anxiety in elite female youth athletes. *Women's Sport and Physical Activity Journal*, 6, 29 – 48.
- Mastro, J.; Burton, A.; Rosendahl, M.; Sherrill, C. (1996). Attitudes of Elite Athletes with Impairments Toward One Other: A Hierarchy of Preference. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 197 – 210.
- McAuley, E. & Burman, G. (1993). The Social Physique Anxiety scale: Construct validity in adolescents females. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 25, 1049-1053.
- McAuley, E. (1993). Physical Activity and Psychological Outcomes. In: C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens, *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement (Chapter 37)*. Champaign, Il: Human Kinetics.
- McAuley, E., & Burman, G. (1993). The social physique anxiety scale: Construct validity in adolescent females. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 65, 1049 – 1053.
- Melnick, M. L., & Moorkerjee, S. (1991). Effects of advanced weight training on body-cathexis and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 1335-1345.
- Melo, A. & López, R. (2002). O Esporte Adaptado. *Revista Digital Efdeportes*. Ano 8, nº51, retrieved from: <http://www.efdeportes.com/efd51/esporte.htm>.
- Middleton, J.; Tran Y.; & Craig, A. (2007). Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries. *Arch Phys Med Rehabil* , 88, 1643-1648. Retrieved from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0003-9993/PIIS0003999307015511.pdf>.
- Miller, P. (1995). *Fitness programming and physical disability*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Moore, C. (1998). *Educating Students with Disabilities in General Education Classrooms: A Summary of the Research*. Washington, D.C.: Office of Special

Education and Rehabilitative Services. Retrieved from:  
<http://interact.uoregon.edu/wrrc/AkInclusion.html>.

- Morris, J. (2001). Impairment and disability: constructing an ethics of care at promotes human rights. *Hypathia*, 16(4).
- Mortenson, W.; Noreau, L. & Miller, W. (2010). The relationship between and predictors of quality of life after spinal cord injury at 3 and 15 months after discharge. *Spinal Cord*, 48, 73–79. Retrieved from:  
<http://www.nature.com/sc/journal/v48/n1/pdf/sc200992a.pdf>.
- Mota, M. P., & Cruz, J. F. A. (1998). Efeitos de um programa de exercício físico na saúde mental. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 3, 299-326.
- Moura e Castro, J. (1996). O deficiente e o desporto. *Horizonte*, XIII (74), 26 – 30.
- Muraki, S., Tsunawake, N., Hiramatsu, S., & Yamasaki, M. (2000). The effects of frequency and mode of sports activity on the psychological status of tetraplegics and paraplegics. *Spinal Cord*, 38, 309-314. Retrieved from:  
<http://www.nature.com/sc/journal/v38/n5/pdf/3101002a.pdf>
- Nações Unidas. (1995). Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência. Lisboa: Secretariado nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Cadernos SNR nº 3.
- Nixon II, H. (2000). Sport and Disability. In: J. Coakley & Dunning. *Handbook of Sport Studies*. London: Sage Publications.
- Nixon II, H. (2007). Constructing Diverse Sports Opportunities for People With Disabilities. *Journal of Sport & Social Issues*. Vol. 31 (4). 417 – 433.
- Nosek, M. & Hughes, R. (2001). Psychospiritual Aspects of Sense of Self in Women with Physical Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 67(1), 20.
- Nunes, J. (1993). Erving Goffman, a Análise de Quadros e a Sociologia da Vida Quotidiana. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 37, 33 – 49.
- Nunes, M. (1995). Motivação para a prática desportiva. *Horizonte*, XII (67), 13 – 17.
- Oaksford, K., Frude, N., & Cuddihy, R. (2005). Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 266–277.
- O'Brien, D., Kudláček, M., & Howe, P. (2009). A contemporary review of English language literature on inclusion of students with disabilities in physical education:

- a European perspective. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 2(1), 46-61.
- Obrusníková, I., Válková, H., & Block, M. (2003). Impact of Inclusion in General Physical Education on Students Without Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20(3), 230-245.
- Olin, K. (1999). Desporto, cultura, trabalho e tempos livres. *Horizonte*, XV (87), 37 – 39.
- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, XVIII (4): 437 – 453.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: Macmillan Press, Ltd.
- OMS (2002). Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Retrieved from: [http://www.fsp.usp.br/~cbcd/Material/Guia\\_para\\_principiantes\\_CIF\\_cbcd.pdf](http://www.fsp.usp.br/~cbcd/Material/Guia_para_principiantes_CIF_cbcd.pdf).
- OMS (2004). CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa. Retrived from: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf).
- Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças*. Lisboa : Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pedrinelli, A. & Teixeira, W. (2005). Actividade física nas amputações e anomalias congénitas. In: M. Gorgatti & R. Costa (Eds), *Actividade Física Adaptada. Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Manole.
- Pedro, N. & Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico. *Análise Psicológica*, Vol. 2 (XXIV): 247-262.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento Académico. *Análise Psicológica*, Vol. 1 (XXII): 235-244.
- Pensgaard, A., & Sorensen, M. (2002). Empowerment Through the Sport Context: A Model to Guide Research for Individuals With Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(1), 48-67.

- Pereira, E. (2007). “O desporto nas práticas de lazer nos jovens no concelho de Palmela”. In R. Gomes. Olhares sobre o lazer. Coimbra: Centro de Estudos Biocinéticos (pp.131-153).
- Pereira, L. (1984). Evolução do estatuto do deficiente na sociedade. *Horizonte*, I (4), 132 – 135.
- Perriman, D. (2001). Classification an overview. International Wheelchair Basketball Federation. Retrieved from: <http://www.iwbf.org/classification/overview.html>.
- Place, K., & Hodge, S. (2001). Social Inclusion of Students With Physical Disabilities in General Physical Education: A Behavioral Analysis. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18(4), 389-404.
- Polivy, J. & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Pólvora, F. (1989). A Sociedade e a Deficiência. Reabilitação. *Revista do secretariado Nacional de Reabilitação*, 2.<sup>a</sup> Série(5), 30-33.
- Porretta, D.; Nesbitt, J. & Labanowich, S. (1993). Terminology Usage: A Case for Clarity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, Vol. 10(2), 87 – 96.
- Potter, J. (1975). Activités Motrices Fonctionnelles et Sportives pour Handicapés. In Université Libre de Bruxelles (Ed), Activités Physiques et Sportives pour Infirmités Motrices Cerebraux (Journée d'Étude). Université Libre de Bruxelles. Bruxelles, 1 – 2.
- Potter, J. (1987). Desporto para deficientes. Aveiro: Tipave.
- Promis, D.; Erelles, N. & Matthews, J. (2001). Reconceptualizing Inclusion: The Politics of University Sports and Recreation Programs for Students With Mobility Impairments. *Sociology of Sport Journal*, 18(1), 37 – 50.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- Ramalho, R. (2007). “Práticas desportivas de lazer: o caso dos municípios de Torres Vedras numa perspectiva comparada”. In Rui Gomes. Olhares sobre o lazer. Coimbra: Centro de Estudos Biocinéticos (pp.176-197).
- Rego, M. L. (1998). Satisfação com a imagem corporal, menarca e «pedido de dispensa» nas aulas de Educação Física. *Horizonte, Revista de Educação Física e Desporto*. Vol. XV (85), 25-30.

- Reid, G. & Stanish, H. (2003). Professional and Disciplinary Status of Adapted Physical Activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, Vol. 20(3), 213 – 229.
- Rejeski, W.; Brawley, L. & Shumaker, S. (1996). Physical activity and health related quality of life. *Exercise and Sport Science Review*, 24, 71-108.
- Rieser, R. (2001). The struggle for inclusion: the growth of a movement. In: Len Barton, *Disability, Politics & the Struggle for Change* (Chapter 9). Londres: David Fulton Publishers.
- Riggen, K., & Ulrich, D. (1993). The effects of sport participation on individuals with mental retardation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10, 42-51.
- Rimmer, J.H., Braddock, D., & Pitetti, K.H. (1996). Research on physical activity and disability: An emerging national priority. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, 1366-1372.
- Robbins, J., Houston, E., & Dummer, G. (2010). Philosophies and Expectations of Wheelchair and Stand-up Collegiate Basketball Coaches. *Journal of Sport Behavior*, 33(1), 42-62.
- Rodrigues, D. (1983). Incidência, definição e classificação da deficiência motora. In: D. Rodrigues, *Educação Especial – Deficiência Motora, Colectânea de Textos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Educação Física.
- Rodrigues, D. (1985). A aprendizagem individualizada num grupo de multideficientes. *Horizonte*, I(5), pp. 167 – 171.
- Rodrigues, D. (1995). A inovação em Educação Especial. Secção de Educação Especial da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.
- Rodrigues, D. (2001). Educação e diferença. Valores e práticas para uma educação inclusiva. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (2003) “Educação Inclusiva: as boas e as más notícias”, in: David Rodrigues (Org.) “Perspectivas sobre a Inclusão; da Educação à Sociedade”, Porto Editora, Porto.
- Rodrigues, D. (2003). A Educação Física perante a Educação Inclusiva: reflexões conceptuais e metodológicas. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, 24/25, p.73-81. Retrieved from: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/sobama/sobamaorg/EFeInclusaoDavidRodrigues.pdf>.

- Romeo, A. J., Wanlass, R., & Arenas, S. (1993). A profile of psychosexual functioning in males following spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 11, 269–276.
- Rosadas, S. (1989). *Atividade Física Adaptada e Jogos Esportivos para o Deficiente. Eu posso. Vocês duvidam?* Livraria Atheneu: Rio de Janeiro. São Paulo.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and intervention. *Body Image*, 1, 83–97. Retrieved from: <http://hls.uwe.ac.uk/research/Data/Sites/1/docs/CAR/Body%20image%20and%20disfigurement-%20issues%20and%20interventions.pdf>.
- Russel, W. (2002). Comparison of self-esteem, body satisfaction, and social psyche anxiety across males of different exercise frequency and racial background. *Journal of Sport Behavior*, 25(1), 74-90.
- Sanches, I. & Teodoro, A. (2006). Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8, 63-83.
- Santos, J. (2004). Mulher na sociedade, mulher no desporto. *Horizonte*, XIX (111), 3 – 8.
- Senos, J. & Diniz, T. (1998). Auto-estima, resultados escolares e indisciplina. Estudo exploratório numa amostra de adolescentes. *Análise Psicológica*, Vol. 2 (XVI): 267-276.
- Senos, J. (1997). Identidade social, auto-estima e resultados Escolares. *Análise Psicológica*, Vol. 1 (XV): 123-137
- Sensky, T. (1982). Family stigma in congenital physical handicap. *British Medical Journal*, 285, 1033 – 1035.
- Seymour, H., Reid, G., & Bloom, G. (2009). Friendship in Inclusive Physical Education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(3), 201-219.
- Shapiro, D., & Martin, J. (2010). Multidimensional Physical Self-Concept of Athletes With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27(4), 294-307.
- Shephard, R. (1999). Postmodernism and adapted physical activity: a new gnostic heresy? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 331 – 343.
- Sherrill, C. & Tripp, A. (2004). Chapter 8: Self-Concept, Motivation, and Well-being. In C. Sherrill, *Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan*. New York: McGraw-Hill, 218 – 239.
- Sherrill, C. & Williams, T. (1996). Disability and Sport: Psychosocial Perspectives on Inclusion, Integration and Participation. *Sport Science Review*, 5(1), 42 – 64.

- Sherrill, C. (1986). Sport and disabled athletes. Champaign, IL : Human Kinetics
- Sherrill, C. (1993). Adapted Physical Activity, recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan (4<sup>th</sup> edition). USA: McGraw-Hill.
- Sherrill, C. (1996). Individual Differences, Adaptation, and Creativity Theory: Applications and Perspectives. In: G. Doll-Tepper & W. Brettschneider (Eds). Physical Education and Sport: Changes & Challenges. Germany: Meyer & Meyer Verlag.
- Sherrill, C. (1997). Disability, Identity, and Involvement. In K. Fox (ed.), The physical self: from motivation to well-being. Morgantown: Fitness Information Technology, 252 – 286.
- Shieman, S. & Campbell, J. (2001). Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. *Journal of Aging and Health*, 13(2), 155 – 185.
- Shogan, D. (1998). The Social Construction of Disability: The Impact of Statistics and Technology. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15, 269 – 277.
- Silva, M. (1993). Do deficiente ao praticante de desporto. *Horizonte*, IX (54), 218 – 220.
- Silva, M. (2000). Reabilitação, Educação Especial e Actividade Física. In *Actas do Seminário Recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais*. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física: Universidade do Porto.
- Silva, M. O. (2009). Da Exclusão à Inclusão: Concepções e Práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.
- Sit, C., Lau, C., & Vertinsky, P. (2009). Physical Activity and Self-Perceptions Among Hong Kong Chinese With an Acquired Physical Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(4), 321-335.
- Sjodahl, C., Gard, G. & Jarnlo, G-B. (2004). Coping after trans-femoral amputation due to trauma or tumour – a phenomenological approach. *Disability and Rehabilitation*, 26 (14/15), 851 – 861.
- Skordilis, E.K., Skafida, F.A., Chrysagis, N., & Nikitaras, N. (2006). Comparison of sport achievement orientation of male wheelchair basketball athletes with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 103, 726–732.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*. Vol. 1(1), 15 – 28.

- Sonstroem, R. (1988). Psychological Models. In R. Dishman, Exercise adherence: its impact on public health (Chapter 5). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sonstroem, R. (1997a). The physical self-system: A mediator of exercise and self-esteem (Chapter 1). In K.R. Fox (Ed), The physical self: From motivation to well-being (pp. 3-26).Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sonstroem, R. (1997b). Physical Activity and Self-Esteem (Chapter 8). In: W. Morgan. Physical Activity and Mental Health. USA: Taylor & Francis.
- Sonstroem, R., Harlow, L. & Josephs, L. (1994). Physical activity and self-esteem: validity of model expansion and exercise associations. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16(1), 29 – 42.
- Sørensen, M., & Kahrs, N. (2006). Integration of Disability Sport in The Norwegian Sport Organizations: Lessons Learned. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23 (2), 184 – 202.
- Sousa, A., Corredeira, R., & Pereira, A. (2009). The Body in Persons With an Amputation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(3), 236-258.
- Spencer-Cavaliere, N., & Watkinson, E. (2010). Inclusion Understood From the Perspectives of Children With Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27(4), 275-293.
- Standal, Ø, & Jespersen, E. (2008). Peers as Resources for Learning: A Situated Learning Approach to Adapted Physical Activity in Rehabilitation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25(3), 208-227.
- Steadward, R. & Walsh, C. (1986). Training and Fitness programs for Disabled Athletes: past, Present and Future. In: C. Sherrill (ed.). Sport and Disabled Athletes. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers, Inc.
- Stein, J. (2003). Should Developing Self-Esteem be an Objective for Physical Education Programs Involving Students with Disabilities? *Palaestra*, vol. 19 (1), 55.
- Stevens, S.; Caputo, J.; Fuller, D. & Morgan, D. (2008). Physical Activity and Quality of Life in Adults With Spinal Cord Injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31(4), 373-378. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582427/pdf/i1079-0268-31-4-373.pdf>.



- Stone, S.D. (1995). The myth of bodily perfection. *Disability and Society*, 10 (4), 413 – 424.
- Strohkendl, H. (1996). *The 50 Anniversary of Wheelchair basketball: A history*. New York: Waxmann.
- Strohkendl, H. (1999). Implications of sports classification systems for persons with disabilities and consequences for science and research. In: G. Doll-Tepper; Kroner, M. & W. Sonnenschein (Eds). *New Horizons in Sports for Athletes with a Disability*. Proceedings of the International VISTA'99 Conference Cologne, Germany: Meyer & Meyer Sport.
- Swanson, S., Colwell, T., & Yushan, Z. (2008). Motives for Participation and Importance of Social Support for Athletes With Physical Disabilities. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 2(4), 317-336.
- Taleporos, G. & McCabe, M. (2001a). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality & Disability*, 19(4), 293-308.
- Taleporos, G. & McCabe, M. (2002a). Body image and physical disability – personal perspectives. *Social Science & Medicine*. 54(6). 971 – 980.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2001b). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and Disability*, 19, 131–148.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2002b). Development of the Physical Disability Sexual and Body Esteem Scale. *Sexuality and Disability*, 20, 159–183.
- Taleporos, G., & McCabe, M. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology & Health*, 20(5), 637-650.
- Tasiemski, T.; Gardner, P & Blaikley, R. (2004). Athletic Identity and Sports Participation in People with Spinal Cord Injury. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21 (4), 364 – 378.
- Tasiemski, T. Bergslrom, E., Savic, G., & Gardner, B.P (2000). Sports, recreation and employment following spinal cord injury - A pilot .study. *Spinal Cord*, 38, 173-184.
- Taub, D.E., Blinde, E.M., & Greer, K.M. (1999). Stigma management through participation in sport and physical activity: Experiences of male college students with physical disabilities. *Human Relations*, 52, 1469–1483.

- The Brighton Declaration on Women in Sport. (1994). Retrieved from: [http://www.iwasf.com/iwasf/assets/File/Brighton\\_Declaration\\_e.pdf](http://www.iwasf.com/iwasf/assets/File/Brighton_Declaration_e.pdf).
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*. Vol. 2(2), 129 – 135.
- Torres, R. & Fernandez, F. (1995). Self-esteem and the value of the health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, 16, 60-63.
- Tsai, E. & Fung, L. (2005). Perceived constraints of leisure time physical activity participation of students with hearing impairment. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(3), 192 – 206.
- Tsai, E., & Fung, L. (2009). Parents' Experiences and Decisions on Inclusive Sport Participation of Their Children With Intellectual Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(2), 151-171.
- Tsai, E., & Lena, F. (2009). Parents' Experiences and Decisions on Inclusive Sport Participation of Their Children With Intellectual Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(2), 151-171.
- Uchida, W., Hashimoto, K., & Lutz, R. (2005). Examination of the hierarchical self-esteem model in adults with physical disability. *Perceptual and Motor Skills*, 100, 1161–1170.
- Vale, M. (2009). Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas. Contributo de um construto para o percurso real em meio natural de vida. *Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de Medicina da Criança e do Jovem*. 40(5), 229 – 236.
- Vanlandewijck, Y., Evaggelinou, C., Daly, D., Van Houtte, S., Verellen, J., Aspeslagh, V., et al. (2003). Proportionality in wheelchair basketball classification. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20(4), 369-380.
- Varela, A (1991). O desporto para pessoas com deficiência. Expressão distinta do desporto. *Revista Educação Física Especial* (5-6), pp. 53-62.
- Vasconcelos-Raposo, J. (2004). Bem-estar psicológico, prática de exercício físico e satisfação corporal. In: Congresso Gallego-Português de Psicologia de la actividad física y del deporte. Espanha: Pontevedra
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

- Veiga, F. H. (1995). *Transgressão e autoconceito dos jovens na escola*. Lisboa: Editora Fim de Século.
- Vlachou-Balafouti, A. (2001). The process of change and the politics of resistance in educational contexts: the case of disability. In: Len Barton, *Disability, Politics & the Struggle for Change* (Chapter 9). Londres: David Fulton Publishers.
- Vliet, P.; Coppenolle, P. & Knapen, J. (1999). Physical Measures, Perceived Physical Ability, and Body Acceptance of Adult Psychiatric Patients. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 113 – 125.
- Vliet, P.; Knapen, J.; Onghena, P.; Fox, K.; David, A.; Morres, I.; Coppenolle, H. & Pieters, G. (2002). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patient suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise*. 3(4), 309 – 322.
- Warwick, C. (2001). O apoio às escolas inclusivas. In D. Rodrigues (org.), *Educação e diferença. Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Washburn, R., Weimo, Z., McAuley, E., Frogley, M. & Figoni, S. (2002). The physical activity scale for individuals with physical disabilities: Development and evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 193 – 200.
- Watson, D.; Suls, J. & Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (1), 185-197.
- Weiss, M. (1987). Self-esteem and achievement in children's sport and physical activity. In: D. Gold & M. Weiss (eds), *Advances in paediatric sport sciences*, (2), 87-119. Champaign, Il: Human Kinetics.
- Wetterhahn, K.A., Hanson, C., & Levy, C.E. (2002). Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81, 194–201.
- Wheeler, G. (1998). Challenging our assumptions on the adapted physical activity: a reaction to Shepard. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15, 236 – 249.
- White, S. & Duda, J. (1993). Dimensions of Goals and Beliefs Among Adolescents Athletes with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10 (2), 125 – 136.

- Williams, T. & Kolkka, T. (1998). Socialization into Wheelchair Basketball in the United Kingdom: A Structural Functionalist Perspective. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15, 357 – 369.
- Williams, T. & Taylor, D. (1994). Socialization, Subculture and Wheelchair Sport: The Influence of Peers in Wheelchair Racing. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 416 – 428.
- Williams, T. (1994a). Disability Sport Socialization and Identity Construction. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 14 – 31.
- Williams, T. (1994b). Sociological Perspectives on Sport and Disability: Structural-Functionalism. *Physical Education Review*, 17 (1), 14 – 24.
- Willis, J. D. & Campbell, L. F. (1992). Exercise psychology. Champaign, Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Winnick, J. (1990). Adapted Physical Education and Sport. USA: Human Kinetics
- Winnick, J. (1990). History, Legislation, and Professional Resources. In: Adapted Physical Education and Sport (Chapter 1). USA: Human Kinetics
- Wolman, C., Resnick, M., Harris, L., & Blum, R. (1994). Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions. *Journal of Adolescent Health*, 15 (3), 199–204.
- Wu, S. & Williams, T. (1999). Paralympic Swimming Performance, Impairment, and the Functional Classification System. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 16, 251 – 270.
- Wu, S. & Williams, T. (2001). Factors influencing sport participation among athletes with spinal cord injury. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (2), 177 – 182.
- Wu, S.; Williams, T. & Sherrill, C. (2000). Classifiers as Agents of Social Control in Disability Swimming. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 421 – 436.
- Yuen, H. & Hanson, C. (2002). Body image and exercise in people with and without acquired mobility disability. *Disability and Rehabilitation*, 24(6), 289 – 296.
- Zoerink, D. (1992). Exploring sport socialization environments of persons with orthopedic disabilities. *Palaestra*.
- Zola, I. (2005). Toward the necessary universalizing of a disability policy. *Milbank Quarterly*, 83 (4), 1 – 27.

### **Legislação consultada:**

- Carta Europeia do Desporto para Todos: as Pessoas Deficientes, 1988
- Carta Europeia do Desporto, de 24 de Setembro de 1992
- Carta Internacional de Educação Física e do Desporto da UNESCO, de 21 de Novembro de 1978
- Constituição da República Portuguesa
- Declaração de Lisboa, 2007
- Declaração de Madrid, 2002
- Declaração de Nice, 7,8 e 9 de Dezembro de 2000
- Declaração de Salamanca, 1994
- Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais, 1971
- Declaração dos Direitos dos Deficientes, de 9 de Dezembro de 1975
- Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948
- Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto
- Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto
- Decreto-lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro
- Despacho Conjunto 36/SEAM/SERE, de 17/08
- Lei n.º 37/2004, de 13 de Agosto – Lei das Associações de Pessoas Portadoras de Deficiência
- Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto – Lei de Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência
- Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto (lei anti-discriminação)
- Lei n.º 5/2007, de 16 de Janeiro - Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto
- Lei n.º 9/89, de 2 de Maio – Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência
- Livro Branco sobre o Desporto, 2007
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho – Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, 2009
- Tratado de Amesterdão, 2 de Outubro de 1997

**ANEXOS**





**ANEXO 1**  
**INQUÉRITO SOCIOGRÁFICO**







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

**MESTRADO EM EXERCÍCIO E SAÚDE EM POPULAÇÕES ESPECIAIS**

---

Este questionário tem como objectivo a recolha de dados, para a realização de um estudo sobre a inclusão social em praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas, através do desporto adaptado, com vista à obtenção do grau de Mestre em Exercício e Saúde em Populações Especiais, pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

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

Desta forma, agradeço a sua colaboração.

---

**I. VALORES E HÁBITOS DE CULTURA FÍSICO-DESPORTIVA**

**1. Considera a sua prática desportiva:**

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

**2. Pratica desporto todas as semanas?** 1  Sim      2  Não (passa à questão 6)

**3. Quantas vezes por semana costuma praticar desporto?** \_\_\_\_\_ vezes

**4. Qual o número de horas semanais?** \_\_\_\_\_ horas

**5. Quantos meses por ano pratica desporto?** \_\_\_\_\_ meses      Código\_\_\_\_

**6. Há quantos anos pratica Basquetebol em cadeira de rodas (BCR) ?** \_\_\_\_\_ anos

**7. Pratica outro desporto em cadeira de rodas?** 1  Sim    2  Não (passa à questão 10)

**8. Se a sua resposta é “sim” que modalidade pratica?** \_\_\_\_\_ Código\_\_\_\_

**9. Há quanto tempo pratica outra modalidade?** \_\_\_\_\_

**10. Qual(ais) o(s) local(ais) onde costuma praticar BCR?**

- 1  Associações/Clubes
- 2  Infra-estruturas públicas
- 3  Infra-estruturas privadas
- 4  Espaços naturais
- 5  Clubes de empresa
- 6  Outro(s). Qual(ais)? \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**11. Quais as três razões principais que o levam a praticar Basquetebol em cadeira de rodas? (Escolha apenas uma resposta em cada razão)**

	1.ª RAZÃO	2.ª RAZÃO	3.ª RAZÃO
Divertimento, ocupação do tempo livre	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 201	<input type="checkbox"/> 301
O convívio que proporciona	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 202	<input type="checkbox"/> 302
Manter e melhorar a condição física	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 303
Manter a linha	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 204	<input type="checkbox"/> 304
Recomendação médica	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 205	<input type="checkbox"/> 305
Melhoria das condições de saúde	<input type="checkbox"/> 106	<input type="checkbox"/> 206	<input type="checkbox"/> 306
Fazer uma carreira desportiva	<input type="checkbox"/> 107	<input type="checkbox"/> 207	<input type="checkbox"/> 307
Gostar da competição desportiva	<input type="checkbox"/> 108	<input type="checkbox"/> 208	<input type="checkbox"/> 308
Quebrar com a rotina do dia-a-dia	<input type="checkbox"/> 109	<input type="checkbox"/> 209	<input type="checkbox"/> 309
Porque gosta de desporto	<input type="checkbox"/> 110	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 310
Outras razões. Qual(ais)?	_____	_____	_____
	Código ____	Código ____	Código ____

**II. PERCURSO DESPORTIVO DO ATLETA (PASSADO DESPORTIVO)**

**12. Com que idade iniciou a prática desportiva? \_\_\_\_\_ anos**

**13. A sua primeira modalidade foi o Basquetebol em cadeira de rodas?**

1  Sim (passe à questão 15)      2  Não

**14. Se não qual a sua primeira modalidade? \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_**

**15. Em relação ao seu passado desportivo, sempre manteve uma actividade desportiva ou tem praticado desporto ao longo da vida ainda que com interrupções?**

1  Sempre manteve uma actividade desportiva (passe à questão 17)

2  É o primeiro ano que está a praticar (passe à questão 17)

3  Tem praticado desporto ao longo da vida com interrupções

**16. Quais foram as três principais razões que o(a) levaram a interromper a prática desportiva? (Escolha apenas uma resposta em cada razão)**

	1.ª RAZÃO	2.ª RAZÃO	3.ª RAZÃO
Por desinteresse	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 201	<input type="checkbox"/> 301
Pela idade	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 202	<input type="checkbox"/> 302
Não conseguir evoluir tecnicamente na modalidade	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 303
Falta de tempo por motivos familiares	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 204	<input type="checkbox"/> 304
Falta de tempo por motivos profissionais	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 205	<input type="checkbox"/> 305
Questões de saúde	<input type="checkbox"/> 106	<input type="checkbox"/> 206	<input type="checkbox"/> 306
Falta de instalações desportivas adequadas	<input type="checkbox"/> 107	<input type="checkbox"/> 207	<input type="checkbox"/> 307
Desentendimento com o(a) treinador(a)	<input type="checkbox"/> 108	<input type="checkbox"/> 208	<input type="checkbox"/> 308
A organização do desporto era desadequada aos seus interesses	<input type="checkbox"/> 109	<input type="checkbox"/> 209	<input type="checkbox"/> 309
Questões financeiras	<input type="checkbox"/> 110	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 310
Outras razões. Qual(ais)?	_____	_____	_____
	Código __	Código __	Código __

### III. INCLUSÃO SOCIAL

**17. Acha que o BCR lhe permite ser mais reconhecido socialmente?**

1  Sim

2  Não (passar à questão 19)

**18. Se sim, podia dar-nos alguns exemplos.**

\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**19. Considera que a prática do BCR é para si uma forma de convívio:**

1  Muito importante

2  Importante

3  Pouco importante

4  Nada importante

**20. Dos comportamentos ou atitudes abaixo indicados diga-nos, por favor, de que forma se adequam à sua realidade. Se considera a afirmação completamente verdadeira, assinale “5”. Se for parcialmente verdadeira assinale por ordem decrescente o grau de veracidade. Se a afirmação não for verdadeira, assinale “0”.**

	DISCORDO ABSOLUTA/ 1	DISCORDO 2	NEM CONC. NEM DISC. 3	CONCORDO 4	CONCORDO ABSOLUTA/ 5
Atitudes de preconceito					
Atitudes de indiferença					
Comportamentos de segregação					
Atitudes discriminatórias					
Obstáculos psicológicos					
Alvo de estereótipo					
Excluído					
Estigmatizado					

**21. Teste de Rosenberg. Para cada item faça uma cruz (X) sobre o número que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):**

	CONCORDO PLENAMENTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO PLENAMENTE
1. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a).				
2. Por vezes penso que não sou bom(a) a nada.				
3. Sinto que tenho um bom número de qualidades.				
4. Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas				
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.				
6. Sinto-me por vezes inútil.				
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.				
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).				
9. Em termos gerais, sou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).				
10. Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).				

#### IV. VALÊNCIAS FÍSICAS E SOCIAIS

**22. Como avalia a sua imagem corporal?**

- 1  Não gosto nada e desejaria ser diferente
- 2  Não gosto mas tolero
- 3  É-me indiferente
- 4  Estou satisfeito(a)
- 5  Considero favorecido(a)

**23. Relativamente à prática do Basquetebol em cadeira de rodas, qual o grau de importância que atribui à sua condição física:**

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

**24. Acha que a modalidade que pratica lhe proporciona melhorias na sua qualidade de vida?**

- 1  Bastantes
- 2  Muitas
- 3  Razoáveis
- 4  Algumas
- 5  Nenhumas

#### V. OBSTÁCULOS NA ACESSIBILIDADE À PRÁTICA DESPORTIVA

**25. Qual o seu grau de satisfação face à adaptação das infra-estruturas do clube onde pratica BCR relativamente à deficiência motora?**

	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	POUCO SATISFEITO	NADA SATISFEITO
1. Balneários	<input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 104
2. Bar	<input type="checkbox"/> 201	<input type="checkbox"/> 202	<input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 204
3. Arruamentos	<input type="checkbox"/> 301	<input type="checkbox"/> 302	<input type="checkbox"/> 303	<input type="checkbox"/> 304
4. Acessos	<input type="checkbox"/> 401	<input type="checkbox"/> 402	<input type="checkbox"/> 403	<input type="checkbox"/> 404
5. WC	<input type="checkbox"/> 501	<input type="checkbox"/> 502	<input type="checkbox"/> 503	<input type="checkbox"/> 504
6. Portas	<input type="checkbox"/> 601	<input type="checkbox"/> 602	<input type="checkbox"/> 603	<input type="checkbox"/> 604
7. Escadas	<input type="checkbox"/> 701	<input type="checkbox"/> 702	<input type="checkbox"/> 703	<input type="checkbox"/> 704
8. Piso	<input type="checkbox"/> 801	<input type="checkbox"/> 802	<input type="checkbox"/> 803	<input type="checkbox"/> 804

**26. Qual o seu grau de satisfação com o desempenho dos profissionais de desporto da organização onde pratica BCR?**

- 1  Muito satisfeito
- 2  Satisfeito
- 3  Nem muito nem pouco satisfeito
- 4  Pouco satisfeito
- 5  Nada satisfeito
- 6  NS / NR

**27. Qual a sua opinião relativamente aos apoios financeiros para o desporto adaptado, neste caso o BCR?**

- 1  Bastantes
- 2  Suficientes
- 3  Insuficientes
- 4  nenhuns
- 5  NS / NR

**28. As despesas com a sua prática do BCR situam-se por mês entre:**

- 1  0 euros
- 2  Até 25 euros
- 3  25 a 50 euros
- 4  50 a 75 euros
- 5  75 a 100 euros
- 6  Mais de 100 euros
- 7  NS / NR

**29. Recebe algum tipo de subsídio do clube onde pratica BCR para contribuir para as suas despesas mensais?**

- 1  Sim
- 2  Não

**VI. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO**

**30. Género:** 1  Masculino 2  Feminino

**31. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**32. Habilitações Literárias**

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

**33. Estado Civil**

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

**34. Com quem vive?**

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

**35. Qual o seu tipo de deficiência?**

- 1  Poliomielite
- 2  Paraplegia
- 3  Spina bífida
- 4  Amputação. A que nível? \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_
- 5  Outra. Qual? \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**36. É uma pessoa portadora de deficiência desde que nasceu?**

- 1  Sim (passe à questão 38)
- 2  Não

37. Se “não” há quantos anos é portadora de deficiência? \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

38. Actualmente qual é a sua actividade profissional?

- 1  Exerce uma actividade remunerada
- 2  Estudante (passe à questão 40)
- 3  Doméstica (passe à questão 40)
- 4  Desempregado(a) (passe à questão 41)
- 5  Reformado(a) (passe à questão 42)

39. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_ (passe à questão 43) Código \_\_\_\_\_

40. Qual a profissão do elemento que mais contribui para o rendimento global do seu agregado?

\_\_\_\_\_ (passe à questão 43) Código \_\_\_\_\_

41. Antes de ficar desempregada(o), o Sr./Sr.<sup>a</sup> era quem mais contribuía para o rendimento global do seu agregado?

- 1  Sim. Qual a sua última profissão? \_\_\_\_\_ (passe à questão 43) Código \_\_\_\_\_
- 2  Não. Qual a profissão do elemento que mais contribuía para o rendimento global do seu agregado? \_\_\_\_\_ (passe à questão 43) Código \_\_\_\_\_

42. Antes de se reformar, o Sr./Sr.<sup>a</sup> era quem mais contribuía para o rendimento global do seu agregado?

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

43. A profissão que referiu é/foi desenvolvida:

- 1  Por conta própria
- 2  Por conta de outrem (passe à questão 46)

44. Pode dizer-nos se como:

- 1  Trabalhador em nome individual (passe à questão 46)
- 2  Com empregados a seu cargo

45. Quantos empregados tem/tinha a seu cargo?

- 1  Até 5 trabalhadores
- 2  6 ou mais trabalhadores

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

\_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO E PELO TEMPO DISPENDIDO.**

**ANEXO 2**  
**GRELHAS DE CODIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**





**Tabela 1.** Classificação das modalidades desportivas

<b>01</b>	Atletismo
<b>02</b>	Basquetebol
<b>03</b>	Futebol
<b>04</b>	Futsal
<b>05</b>	Ginástica
<b>06</b>	Motocross
<b>07</b>	Natação
<b>08</b>	Remo
<b>09</b>	Ténis
<b>10</b>	Vela

**Tabela 2.** Formas de reconhecimento social

<b>01</b>	Escola
<b>02</b>	Trabalho
<b>03</b>	Meios de comunicação
<b>04</b>	Instituições públicas/desportivas/atletas
<b>05</b>	Pelo público em geral
<b>06</b>	Afirmação de igualdade
<b>07</b>	Patrocínios
<b>08</b>	NS/NR

**Tabela 3.** Tabela das actividades profissionais

<b>01</b>	Patrões, Proprietários (Agricultura, Comércio, Indústria, Serviços)
<b>02</b>	Directores de Nível Superior (Desempenho de cargos de direcção)
<b>03</b>	Profissões Liberais e Similares (Todas as profissões que requerem uma licenciatura)
<b>04</b>	Chefes Intermédios (Ocupação de cargos de chefia nos serviços ou indústria)
<b>05</b>	Trabalhadores com uma Formação Específica (Trabalhadores qualificados na área dos serviços)
<b>06</b>	Empregados de Escritório, Comércio, Segurança (Sem uma qualificação profissional específica)
<b>07</b>	Trabalhadores Manuais e Similares (Profissionais da indústria)
<b>08</b>	Trabalhadores Agrícolas
<b>09</b>	Pescadores



**ANEXO 3**  
**QUADROS DE APURAMENTO**



**Quadro 1. Estratificação da amostra segundo o tipo de deficiência (P35)**

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

**Quadro 2. Estratificação da amostra segundo o tipo de amputação (P353)**

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

**Quadro 3. Estratificação da amostra segundo o período de aquisição (P36)**

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

**Quadro 4. Estratificação da amostra segundo os anos de deficiência adquirida (P37)**

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

**Quadro 5. Estratificação da amostra segundo o género (P30)**

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

**Quadro 6. Estratificação da amostra segundo a idade (P31)**

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

**Quadro 7. Estratificação da amostra segundo o estado civil (P33)**

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

**Quadro 8. Estratificação da amostra segundo o agregado familiar (P34)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sózinho(a)	11	13,8	16,4	16,4
	Com o cônjuge	11	13,8	16,4	32,8
	Com os pais ou familiares	37	46,3	55,2	88,1
	Com filhos ou jovens a seu cargo	2	2,5	3,0	91,0
	Com o cônjuge e filhos	5	6,3	7,5	98,5
	Outro(s)	1	1,3	1,5	100,0
	Total	67	83,8	100,0	
Missing	System	13	16,3		
Total		80	100,0		

**Quadro 9. Estratificação da amostra segundo as habilitações literárias (P32)**

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

**Quadro 10. Estratificação da amostra segundo as condições perante o trabalho (P38)**

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

**Quadro 11. Estratificação da amostra segundo o grupo social (P39)**

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

**Quadro 12. Estratificação da amostra segundo o grupo social e as habilitações literárias (P39 \* P320 Crosstabulation)**

		P320							Total
		Analfabeto/ sabe ler e escrever	Instrução primária/ Ciclo preparatório	5.º ano liceal (9.º ano actual)	7.º ano liceal (11.º/12.º actual)	Curso médio/ Politécnico	Licenciatura	Doutoramento	
P390	EQS	1	2	4	4	0	2	0	13
	SEE	3	6	19	14	2	5	1	50
	PIAP	1	9	1	6	0	0	0	17
Total		5	17	24	24	2	7	1	80



**Quadro 13. Estratificação da amostra segundo o grupo social e as condições perante o trabalho (P390 \* P380 Crosstabulation)**

		P380				
		Exerce uma actividade remunerada	Estudante	Desempregado(a)	Reformado(a)	Total
P390	EQS	6	5	1	1	13
	SEE	24	12	4	10	50
	PIAP	5	4	2	6	17
Total		35	21	7	17	80

**Quadro 14. Estratificação da amostra segundo o grupo social e a idade (P390 \* P310 Crosstabulation)**

		P310						
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	Total
P390	EQS	2	5	3	3	0	0	13
	SEE	2	21	8	12	4	3	50
	PIAP	2	4	5	3	1	2	17
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 15. Médias e Desvio-padrão da Auto-estima (P21 Descriptive Statistics)**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
P211	79	2	4	3,48	,528
P212	79	2	4	3,16	,823
P213	79	1	4	3,27	,655
P214	79	1	4	3,51	,677
P215	79	1	4	3,28	,816
P216	79	1	4	3,27	,916
P217	79	1	4	3,33	,571
P218	79	1	4	3,03	,947
P219	79	1	4	3,57	,710
P2110	79	1	4	3,42	,612
Valid N (listwise)	79				

**Quadro 16. Médias e Desvio-padrão da Auto-estima segundo a idade (P21\*P31 Descriptive Statistics)**

P310		P211	P212	P213	P214	P215	P216	P217	P218	P219	P2110
Menos de 18 anos	Mean	3,50	2,67	3,00	3,33	3,17	3,00	3,50	3,17	3,33	3,17
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Std. Deviation	,548	,816	,632	,516	,753	,894	,548	,983	,816	,753
18-30 anos	Mean	3,43	3,17	3,27	3,57	3,50	3,53	3,37	3,07	3,67	3,47
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	Std. Deviation	,504	,834	,640	,568	,630	,681	,490	,868	,547	,507
31-40 anos	Mean	3,53	2,93	3,20	3,33	2,60	2,60	3,40	2,67	3,60	3,33
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Std. Deviation	,640	,884	,561	,816	,910	1,183	,632	1,113	,632	,617
41-50 anos	Mean	3,50	3,44	3,44	3,61	3,50	3,50	3,17	3,06	3,67	3,56
	N	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Std. Deviation	,514	,705	,616	,608	,618	,707	,383	,873	,594	,511
51-60 anos	Mean	3,60	3,20	3,40	3,80	3,80	3,60	3,80	3,80	3,80	3,60
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,548	,837	,548	,447	,447	,548	,447	,447	,447	,548
Mais de 61 anos	Mean	3,40	3,40	3,00	3,20	2,80	2,80	2,80	2,80	2,60	3,00
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	,548	,894	1,225	1,304	1,304	1,304	1,095	1,304	1,517	1,225
Total	Mean	3,48	3,16	3,27	3,51	3,28	3,27	3,33	3,03	3,57	3,42
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
	Std. Deviation	,528	,823	,655	,677	,816	,916	,571	,947	,710	,612

**Quadro 17. Médias e Desvio-padrão da Auto-estima segundo o grupo social (P21\*P39)**

P390		P211	P212	P213	P214	P215	P216	P217	P218	P219	P2110
EQS	Mean	3,38	3,46	3,54	3,54	3,38	3,15	3,38	3,15	3,77	3,46
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Std. Deviation	,506	,776	,519	,660	,870	1,068	,506	,801	,439	,519
SEE	Mean	3,52	3,18	3,32	3,66	3,28	3,44	3,36	3,16	3,62	3,50
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Std. Deviation	,544	,825	,653	,557	,784	,787	,525	,912	,602	,580
PIAP	Mean	3,44	2,88	2,88	3,00	3,19	2,81	3,19	2,50	3,25	3,13
	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Std. Deviation	,512	,806	,619	,816	,911	1,047	,750	1,033	1,065	,719
Total	Mean	3,48	3,16	3,27	3,51	3,28	3,27	3,33	3,03	3,57	3,42
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
	Std. Deviation	,528	,823	,655	,677	,816	,916	,571	,947	,710	,612

**Quadro 18. Médias e Desvio-padrão da Auto-estima segundo o tipo de deficiência (P21\*P35)**

P351		P211	P212	P213	P214	P215	P216	P217	P218	P219	P2110
Poliemielite	Mean	3,45	3,70	3,75	3,95	3,65	3,70	3,30	3,60	3,95	3,85
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Std. Deviation	,510	,571	,444	,224	,671	,733	,470	,681	,224	,366
Paraplegia	Mean	3,53	3,00	3,21	3,38	3,21	3,26	3,29	2,85	3,47	3,32
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	Std. Deviation	,507	,816	,538	,652	,770	,898	,524	,857	,748	,475
Spina bífida	Mean	3,33	2,56	2,78	3,44	2,89	2,89	3,56	2,56	3,44	2,89
	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	,707	,726	,667	,726	,782	,782	,527	1,014	,882	,601
Amputação	Mean	3,67	3,33	3,08	3,42	3,25	3,17	3,25	3,00	3,42	3,42
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Std. Deviation	,492	,888	,900	,900	1,055	1,030	,866	1,206	,900	,900
Outra	Mean	3,00	2,75	3,00	2,75	3,00	2,25	3,50	2,75	3,25	3,25
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	,000	,500	,000	,500	,816	,957	,577	,957	,500	,500
Total	Mean	3,48	3,16	3,27	3,51	3,28	3,27	3,33	3,03	3,57	3,42
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
	Std. Deviation	,528	,823	,655	,677	,816	,916	,571	,947	,710	,612

**Quadro 19. Médias e Desvio-padrão da Auto-estima segundo o período de aquisição (P21\*P36)**

P360		P211	P212	P213	P214	P215	P216	P217	P218	P219	P2110
Sim	Mean	3,28	3,21	3,34	3,62	3,34	3,17	3,34	3,03	3,62	3,45
	N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	Std. Deviation	,528	,861	,670	,622	,814	1,002	,553	1,017	,622	,632
Não	Mean	3,60	3,14	3,22	3,44	3,24	3,32	3,32	3,02	3,54	3,40
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	Std. Deviation	,495	,808	,648	,705	,822	,868	,587	,915	,762	,606
Total	Mean	3,48	3,16	3,27	3,51	3,28	3,27	3,33	3,03	3,57	3,42
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
	Std. Deviation	,528	,823	,655	,677	,816	,916	,571	,947	,710	,612

**Quadro 20. Atitudes de preconceito (P201)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	63	78,8	82,9	82,9
	Discordo	2	2,5	2,6	85,5
	Nem concordo nem discordo	2	2,5	2,6	88,2
	Concordo	4	5,0	5,3	93,4
	Concordo absolutamente	5	6,3	6,6	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 21. Atitudes de indiferença (P202)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	60	75,0	78,9	78,9
	Discordo	4	5,0	5,3	84,2
	Nem concordo nem discordo	6	7,5	7,9	92,1
	Concordo	5	6,3	6,6	98,7
	Concordo absolutamente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 22. Comportamentos de segregação (P203)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	53	66,3	69,7	69,7
	Discordo	7	8,8	9,2	78,9
	Nem concordo nem discordo	13	16,3	17,1	96,1
	Concordo	2	2,5	2,6	98,7
	Concordo absolutamente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 23. Atitudes discriminatórias (P204)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	57	71,3	75,0	75,0
	Discordo	5	6,3	6,6	81,6
	Nem concordo nem discordo	8	10,0	10,5	92,1
	Concordo	3	3,8	3,9	96,1
	Concordo absolutamente	3	3,8	3,9	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 24. Obstáculos psicológicos (P205)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	51	63,8	67,1	67,1
	Discordo	13	16,3	17,1	84,2
	Nem concordo nem discordo	5	6,3	6,6	90,8
	Concordo	3	3,8	3,9	94,7
	Concordo absolutamente	4	5,0	5,3	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 25. Alvo de estereótipo (P206)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	60	75,0	78,9	78,9
	Discordo	7	8,8	9,2	88,2
	Nem concordo nem discordo	4	5,0	5,3	93,4
	Concordo	2	2,5	2,6	96,1
	Concordo absolutamente	3	3,8	3,9	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 26. Exclusão (P207)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	63	78,8	82,9	82,9
	Discordo	4	5,0	5,3	88,2
	Nem concordo nem discordo	5	6,3	6,6	94,7
	Concordo	3	3,8	3,9	98,7
	Concordo absolutamente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 27. Estigmatização (P202)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo absolutamente	64	80,0	84,2	84,2
	Discordo	5	6,3	6,6	90,8
	Nem concordo nem discordo	4	5,0	5,3	96,1
	Concordo	2	2,5	2,6	98,7
	Concordo absolutamente	1	1,3	1,3	100,0
	Total	76	95,0	100,0	
Missing	System	4	5,0		
Total		80	100,0		

**Quadro 28. Médias e Desvio-padrão das Atitudes, Comportamentos e Obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR (P20 Descriptive Statistics)**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
P201	76	1	5	1,50	1,194
P202	76	1	5	1,46	,986
P203	76	1	5	1,57	,957
P204	76	1	5	1,55	1,088
P205	76	1	5	1,63	1,118
P206	76	1	5	1,43	,998
P207	76	1	5	1,36	,875
P208	76	1	5	1,30	,800
Valid N (listwise)	76				

**Quadro 29.** Médias e Desvio-padrão das Atitudes, Comportamentos e Obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo a idade (**P20\*P31 Descriptive Statistics**)

P310		P201	P202	P203	P204	P205	P206	P207	P208
Menos de 18 anos	Mean	2,17	1,83	1,67	2,00	1,83	2,33	1,67	2,00
	N	6	6	6	6	6	6	6	6
	Std. Deviation	1,472	,983	,816	,894	1,329	1,751	1,211	1,265
18-30 anos	Mean	1,41	1,45	1,69	1,48	1,83	1,48	1,34	1,28
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
	Std. Deviation	1,018	1,021	,891	1,056	1,338	1,122	,814	,649
31-40 anos	Mean	1,57	1,64	1,86	1,64	1,50	1,21	1,57	1,50
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Std. Deviation	1,453	1,008	1,351	1,336	,650	,802	1,222	1,286
41-50 anos	Mean	1,24	1,29	1,00	1,29	1,35	1,18	1,06	1,00
	N	17	17	17	17	17	17	17	17
	Std. Deviation	,970	,985	,000	,985	,996	,393	,243	,000
51-60 anos	Mean	1,80	1,00	1,40	1,80	1,60	1,60	1,60	1,20
	N	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,789	,000	,894	1,304	1,342	,894	1,342	,447
Mais de 61 anos	Mean	1,60	1,60	2,00	1,80	1,60	1,40	1,20	1,20
	N	5	5	5	5	5	5	5	5
	Std. Deviation	1,342	1,342	1,414	1,095	,894	,894	,447	,447
Total	Mean	1,50	1,46	1,57	1,55	1,63	1,43	1,36	1,30
	N	76	76	76	76	76	76	76	76
	Std. Deviation	1,194	,986	,957	1,088	1,118	,998	,875	,800

**Quadro 30.** Médias e Desvio-padrão das Atitudes, Comportamentos e Obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o grupo social (**P20\*P39 Descriptive Statistics**)

P390		P201	P202	P203	P204	P205	P206	P207	P208
EQS	Mean	1,75	1,92	1,75	2,25	1,67	1,33	1,50	1,17
	N	12	12	12	12	12	12	12	12
	Std. Deviation	1,422	1,443	,965	1,658	1,231	,888	1,168	,577
SEE	Mean	1,44	1,33	1,40	1,38	1,58	1,44	1,33	1,35
	N	48	48	48	48	48	48	48	48
	Std. Deviation	1,201	,808	,792	,890	1,127	1,009	,883	,911
PIAP	Mean	1,50	1,50	1,94	1,56	1,75	1,50	1,31	1,25
	N	16	16	16	16	16	16	16	16
	Std. Deviation	1,033	1,033	1,289	,964	1,065	1,095	,602	,577
Total	Mean	1,50	1,46	1,57	1,55	1,63	1,43	1,36	1,30
	N	76	76	76	76	76	76	76	76
	Std. Deviation	1,194	,986	,957	1,088	1,118	,998	,875	,800

**Quadro 31.** Médias e Desvio-padrão das Atitudes, Comportamentos e Obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o tipo de deficiência (**P20\*P35 Descriptive Statistics**)

P351		P201	P202	P203	P204	P205	P206	P207	P208
Poliemielite	Mean	1,40	1,25	1,20	1,40	1,10	1,10	1,20	1,20
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
	Std. Deviation	1,231	,786	,696	1,095	,308	,308	,894	,894
Paraplegia	Mean	1,41	1,53	1,63	1,53	1,63	1,50	1,25	1,38
	N	32	32	32	32	32	32	32	32
	Std. Deviation	,979	1,077	,907	,983	1,157	,984	,622	,871
Spina bífida	Mean	1,78	1,78	2,00	1,56	2,56	1,78	1,78	1,33
	N	9	9	9	9	9	9	9	9
	Std. Deviation	1,563	,972	1,323	,882	1,424	1,563	1,202	,707
Amputação	Mean	1,91	1,55	1,73	1,73	1,91	1,73	1,45	1,36
	N	11	11	11	11	11	11	11	11
	Std. Deviation	1,578	1,214	1,104	1,272	1,375	1,348	,934	,674
Outra	Mean	1,00	1,00	1,50	2,00	1,50	1,00	1,75	1,00
	N	4	4	4	4	4	4	4	4
	Std. Deviation	,000	,000	1,000	2,000	,577	,000	1,500	,000
Total	Mean	1,50	1,46	1,57	1,55	1,63	1,43	1,36	1,30
	N	76	76	76	76	76	76	76	76
	Std. Deviation	1,194	,986	,957	1,088	1,118	,998	,875	,800

**Quadro 32.** Médias e Desvio-padrão das Atitudes, Comportamentos e Obstáculos sentidos pelos praticantes de BCR segundo o período de aquisição (**P20\*P36 Descriptive Statistics**)

P360		P201	P202	P203	P204	P205	P206	P207	P208
Sim	Mean	1,48	1,45	1,55	1,59	1,69	1,52	1,45	1,28
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
	Std. Deviation	1,243	,870	,985	1,150	1,228	1,243	,948	,751
Não	Mean	1,51	1,47	1,57	1,53	1,60	1,38	1,30	1,32
	N	47	47	47	47	47	47	47	47
	Std. Deviation	1,177	1,060	,950	1,060	1,056	,822	,832	,837
Total	Mean	1,50	1,46	1,57	1,55	1,63	1,43	1,36	1,30
	N	76	76	76	76	76	76	76	76
	Std. Deviation	1,194	,986	,957	1,088	1,118	,998	,875	,800

**Quadro 33.** Sociabilidade no BCR (**P19**)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito importante	60	75,0	75,0	75,0
	Importante	20	25,0	25,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 34. Sociabilidade no BCR segundo a idade (P19\*P31 Crosstabulation)**

		P310					Total	
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P190	Muito importante	6	23	10	15	2	4	60
	Importante	0	7	6	3	3	1	20
	Total	6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 35. Sociabilidade no BCR segundo o grupo social (P19\*P39 Crosstabulation)**

		P390			Total
		EQS	SEE	PIAP	
P190	Muito importante	12	36	12	60
	Importante	1	14	5	20
	Total	13	50	17	80

**Quadro 36. Sociabilidade no BCR segundo o tipo de deficiência (P19\*P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência				Total	
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P190	Muito importante	Count	18	25	6	8	4	60
	Importante	Count	2	10	3	5	0	20
	Total	Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 37. Sociabilidade no BCR segundo o período de aquisição (P19\*P36 Crosstabulation)**

		P360		Total
		Sim	Não	
P190	Muito importante	25	35	60
	Importante	4	16	20
	Total	29	51	80

**Quadro 38. Reconhecimento social (P17)**

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



**Quadro 39. Formas de reconhecimento social (\$P18 Frequencies)**

	Responses		Percent of Cases	
	N	Percent		
Exemplos de reconhecimento social(a)	Escola	3	4,9%	5,9%
	Trabalho	1	1,6%	2,0%
	Meios de comunicação	6	9,8%	11,8%
	Instituições públicas/desportivas/atleta	11	18,0%	21,6%
	Pelo público em geral	12	19,7%	23,5%
	Afirmção de igualdade	17	27,9%	33,3%
	Patrocínios	1	1,6%	2,0%
	NS/NR	10	16,4%	19,6%
Total	61	100,0%	119,6%	

**Quadro 40. Reconhecimento social segundo a idade (P17\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P170	Sim	3	20	7	12	4	5	51
	Não	3	10	9	6	1	0	29
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 41. Reconhecimento social segundo o grupo social (P17\*P39 Crosstabulation)**

		P390			Total
		EQS	SEE	PIAP	
P170	Sim	8	32	11	51
	Não	5	18	6	29
Total		13	50	17	80

**Quadro 42. Reconhecimento social segundo o tipo de deficiência (P17\*P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P170	Sim	Count	14	23	6	6	2	51
	Não	Count	6	12	3	7	2	29
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 43. Satisfação com a Imagem Corporal (P22)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não gosto nada e desejaria ser diferente	2	2,5	2,5	2,5
	Não gosto mas tolero	11	13,8	13,8	16,3
	É-me indiferente	23	28,8	28,8	45,0
	Estou satisfeito(a)	38	47,5	47,5	92,5
	Considero-me favorecido(a)	6	7,5	7,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 44. Satisfação com a Imagem Corporal segundo a idade (P22\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P220	Não gosto nada e desejaria ser diferente	1	0	1	0	0	0	2
	Não gosto mas tolero	3	2	3	1	0	2	11
	É-me indiferente	1	11	6	5	0	0	23
	Estou satisfeito(a)	1	14	5	11	5	2	38
	Considero-me favorecido(a)	0	3	1	1	0	1	6
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 45. Satisfação com a Imagem Corporal segundo o grupo social (P22\*P39 Crosstabulation)**

		P390			Total
		EQS	SEE	PIAP	
P220	Não gosto nada e desejaria ser diferente	0	2	0	2
	Não gosto mas tolero	1	7	3	11
	É-me indiferente	2	15	6	23
	Estou satisfeito(a)	9	23	6	38
	Considero-me favorecido(a)	1	3	2	6
Total		13	50	17	80

**Quadro 46. Satisfação com a Imagem Corporal segundo o tipo de deficiência (P22\*P35 Crosstabulation)**

			Tipo de Deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P220	Não gosto nada e des	Count	0	0	1	1	0	2
	Não gosto mas tolero	Count	0	9	1	0	1	11
	É-me indiferente	Count	5	11	4	3	1	23
	Estou satisfeito(a)	Count	15	12	3	6	2	38
	Considero-me favorec	Count	0	3	0	3	0	6
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 47. Importância do BCR (P1)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Indispensável	32	40,0	40,0	40,0
	Muito importante	38	47,5	47,5	87,5
	Importante	10	12,5	12,5	100,0
Total		80	100,0	100,0	

**Quadro 48. Importância do BCR segundo a idade (P1\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P1	Indispensável	4	13	3	7	4	1	32
	Muito importante	1	14	10	9	1	3	38
	Importante	1	3	3	2	0	1	10
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 49. Importância do BCR segundo o grupo social (P1\*P39 Crosstabulation)**

		P390			Total
		EQS	SEE	PIAP	
P1	Indispensável	5	22	5	32
	Muito importante	7	23	8	38
	Importante	1	5	4	10
Total		13	50	17	80

**Quadro 50. Importância do BCR segundo o tipo de deficiência (P1\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P1	Indispensável	Count	7	11	6	8	1	32
	Muito importante	Count	13	17	2	4	2	38
	Importante	Count	0	7	1	1	1	10
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 51. Importância atribuída à condição física (P23)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Indispensável	26	32,5	32,5	32,5
	Muito importante	44	55,0	55,0	87,5
	Importante	9	11,3	11,3	98,8
	Pouco importante	1	1,3	1,3	100,0
Total		80	100,0	100,0	

**Quadro 52. Importância atribuída à condição física segundo a idade (P23\*31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P230	Indispensável	3	13	1	3	3	3	26
	Muito importante	1	15	9	15	2	2	44
	Importante	2	2	5	0	0	0	9
	Pouco importante	0	0	1	0	0	0	1
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 53.** Importância atribuída à condição física segundo o grupo social (P23\*P39Crosstabulation)

		P390			Total
		EQS	SEE	PIAP	
P230	Indispensável	3	21	2	26
	Muito importante	8	25	11	44
	Importante	2	3	4	9
	Pouco importante	0	1	0	1
Total		13	50	17	80

**Quadro 54.** Importância atribuída à condição física segundo o tipo de deficiência (P23\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P230	Indispensável	Count	8	8	5	5	0	26
	Muito importante	Count	12	22	2	6	3	44
	Importante	Count	0	5	2	1	1	9
	Pouco importante	Count	0	0	0	1	0	1
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 55.** Razões da prática desportiva (\$P11 Frequencies)

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Razões da PD(a)	Divertimento, ocupação do tempo livre	26	10,8%	32,5%
	Convívio que proporciona	45	18,8%	56,3%
	Manter e melhorar a condição física	42	17,5%	52,5%
	Manter a linha	6	2,5%	7,5%
	Recomendação médica	6	2,5%	7,5%
	Melhoria das condições de saúde	25	10,4%	31,3%
	Fazer uma carreira desportiva	9	3,8%	11,3%
	Gostar da competição desportiva	26	10,8%	32,5%
	Quebrar com a rotina do dia-a-dia	13	5,4%	16,3%
	Porque gosta de desporto	31	12,9%	38,8%
	NS/NR	11	4,6%	13,8%
Total		240	100,0%	300,0%

a Group

**Quadro 56.** Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida (P24)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bastantes	50	62,5	62,5	62,5
Muitas	22	27,5	27,5	90,0
Razoáveis	3	3,8	3,8	93,8
Algumas	4	5,0	5,0	98,8
Nenhumas	1	1,3	1,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 57.** Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo a idade (P24\*P31 Crosstabulation)

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P240	Bastantes	2	19	7	14	3	5	50
	Muitas	3	8	7	3	1	0	22
	Razoáveis	0	2	1	0	0	0	3
	Algumas	1	0	1	1	1	0	4
	Nenhumas	0	1	0	0	0	0	1
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 58.** Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo o grupo social (P24\*P39 Crosstabulation)

		P390			Total
		EQS	SEE	PIAP	
P240	Bastantes	8	31	11	50
	Muitas	4	14	4	22
	Razoáveis	1	1	1	3
	Algumas	0	3	1	4
	Nenhumas	0	1	0	1
Total		13	50	17	80

**Quadro 59.** Importância atribuída à melhoria da qualidade de vida segundo o tipo de deficiência (P24\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P240	Bastantes	Count	16	21	4	9	1	50
	Muitas	Count	3	12	3	3	1	22
	Razoáveis	Count	0	1	0	0	2	3
	Algumas	Count	1	1	1	1	0	4
	Nenhumas	Count	0	0	1	0	0	1
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 60. BCR como primeira modalidade (P13)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	55	68,8	68,8	68,8
Não	25	31,3	31,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 61. Idade do início da prática desportiva (P12)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Entre os 6 e os 10 anos	11	13,8	13,8	13,8
Entre os 11 e os 15 anos	14	17,5	17,5	31,3
Entre os 16 e os 20 anos	20	25,0	25,0	56,3
Entre os 21 e os 25 anos	7	8,8	8,8	65,0
Entre os 26 e os 30 anos	11	13,8	13,8	78,8
Com mais de 31 anos	17	21,3	21,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 62. Primeiras modalidades praticadas pelos que não iniciaram a prática desportiva com o BCR (P14)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Atletismo	3	3,8	13,0	13,0
Basquetebol	1	1,3	4,3	17,4
Futebol	2	2,5	8,7	26,1
Futsal	7	8,8	30,4	56,5
Ginástica	1	1,3	4,3	60,9
Motocross	1	1,3	4,3	65,2
Natação	3	3,8	13,0	78,3
Remo	4	5,0	17,4	95,7
11	1	1,3	4,3	100,0
Total	23	28,8	100,0	
Missing System	57	71,3		
Total	80	100,0		

**Quadro 63. BCR como primeira modalidade segundo a idade (P13\*P31 Crosstabulation)**

		P310					Total	
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos		Mais de 61 anos
P130 Sim		5	17	12	13	4	4	55
Não		1	13	4	5	1	1	25
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 64. BCR como primeira modalidade segundo o tipo de deficiência (P13\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P130 Sim	Count		17	21	7	9	2	55
Não	Count		3	14	2	4	2	25
Total	Count		20	35	9	13	4	80

**Quadro 65. Regularidade no tempo (P15)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre praticou	49	61,3	61,3	61,3
É o primeiro ano	3	3,8	3,8	65,0
Tem praticado com interrupções	28	35,0	35,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 66. Razões para a interrupção da prática desportiva (\$P16 Frequencies)**

	Responses		Percent of Cases
	N	Percent	
Razões para interrupção da PD(a)			
Por desinteresse	1	1,6%	3,6%
Pela idade	1	1,6%	3,6%
Falta de tempo por motivos familiares	11	17,2%	39,3%
Falta de tempo por motivos profissionais	16	25,0%	57,1%
Questões de saúde	13	20,3%	46,4%
Falta de instalações desportivas adequadas	8	12,5%	28,6%
Desadequação da organização	5	7,8%	17,9%
Questões financeiras	8	12,5%	28,6%
Outras razões	1	1,6%	3,6%
Total	64	100,0%	228,6%

**Quadro 67. Primeira razão para a interrupção da prática desportiva (\$P161 Frequencies)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pela idade	1	1,3	3,6	3,6
Falta de tempo por motivos familiares	6	7,5	21,4	25,0
Falta de tempo por motivos profissionais	5	6,3	17,9	42,9
Questões de saúde	10	12,5	35,7	78,6
Falta de instalações desportivas adequadas	1	1,3	3,6	82,1
Desadequação da organização	2	2,5	7,1	89,3
Questões financeiras	2	2,5	7,1	96,4
Outras razões	1	1,3	3,6	100,0
Total	28	35,0	100,0	
Missing System	52	65,0		
Total	80	100,0		

**Quadro 68. Segunda razão para a interrupção da prática desportiva (\$P162 Frequencies)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Por desinteresse	1	1,3	5,0	5,0
Falta de tempo por motivos familiares	4	5,0	20,0	25,0
Falta de tempo por motivos profissionais	9	11,3	45,0	70,0
Questões de saúde	2	2,5	10,0	80,0
Falta de instalações desportivas adequadas	3	3,8	15,0	95,0
Desadequação da organização	1	1,3	5,0	100,0
Total	20	25,0	100,0	
Missing System	60	75,0		
Total	80	100,0		

**Quadro 69. Terceira razão para a interrupção da prática desportiva (\$P163 Frequencies)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Falta de tempo por motivos familiares	1	1,3	6,3	6,3
Falta de tempo por motivos profissionais	2	2,5	12,5	18,8
Questões de saúde	1	1,3	6,3	25,0
Falta de instalações desportivas adequadas	4	5,0	25,0	50,0
Desadequação da organização	2	2,5	12,5	62,5
Questões financeiras	6	7,5	37,5	100,0
Total	16	20,0	100,0	
Missing System	64	80,0		
Total	80	100,0		

**Quadro 70. Regularidade no tempo segundo a idade (P15\*P31 Crosstabulation)**

		P310					Total	
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos		Mais de 61 anos
P150	Sempre praticou	4	20	11	7	2	5	49
	É o primeiro ano	1	1	1	0	0	0	3
	Tem praticado com interrupções	1	9	4	11	3	0	28
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 71. Regularidade no tempo segundo o tipo de deficiência (P15\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P150	Sempre praticou	Count	10	25	5	7	2	49
	É o primeiro ano	Count	0	2	0	0	1	3
	Tem praticado com in	Count	10	8	4	6	1	28
Total		Count	20	35	9	13	4	80



**Quadro 72. Tempo de prática de BCR (P6)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menos de 5 anos	41	51,3	51,3	51,3
	6 - 10 anos	12	15,0	15,0	66,3
	11 - 15 anos	7	8,8	8,8	75,0
	16 - 20 anos	3	3,8	3,8	78,8
	21 - 25 anos	8	10,0	10,0	88,8
	26 - 30 anos	6	7,5	7,5	96,3
	Mais de 31 anos	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 73. Locais de prática de BCR (\$P10 Frequencies)**

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Locais de prática BCR(a)	Associações/clubes	42	45,7%	52,5%
	Infra-estruturas públicas	36	39,1%	45,0%
	Infra-estruturas privadas	11	12,0%	13,8%
	Espaços naturais	3	3,3%	3,8%
Total		92	100,0%	115,0%

**Quadro 74. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR (P7)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	23,8	23,8	23,8
	Não	61	76,3	76,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 75. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR segundo a idade (P7\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P7	Sim	1	8	3	4	2	1	19
	Não	5	22	13	14	3	4	61
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 76. Outra prática desportiva em cadeira de rodas para além do BCR segundo o tipo de deficiência (P7\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliomielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P7	Sim	Count	4	7	1	4	3	19
	Não	Count	16	28	8	9	1	61
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 77. Regularidade da prática desportiva (P2)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	77	96,3	96,3	96,3
Não	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 78. Regularidade da prática desportiva segundo a idade (P2\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P2	Sim	6	29	14	18	5	5	77
	Não	0	1	2	0	0	0	3
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 79. Regularidade da prática desportiva segundo o tipo de deficiência (P2\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P2	Sim	Count	20	34	9	12	3	77
	Não	Count	0	1	0	1	1	3
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 80. Indicadores COMPASS (P5)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Competitivo, organizado; intensivo	33	41,3	42,9	42,9
Regular, competitivo, e/ou organizado	41	51,3	53,2	96,1
Irregular	3	3,8	3,9	100,0
Total	77	96,3	100,0	
Missing System	3	3,8		
Total	80	100,0		

**Quadro 81. Indicadores COMPASS segundo a idade (P5\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P5	Competitivo, organizado; intensivo	3	15	7	4	2	2	33
	Regular, competitivo, e/ou organizado	3	12	6	14	3	3	41
	Irregular	0	2	1	0	0	0	3
Total		6	29	14	18	5	5	77

**Quadro 82. Indicadores COMPASS segundo o tipo de deficiência (P5\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P5	Competitivo, organiz	Count	5	22	2	2	2	33
	Regular, competitivo	Count	15	10	6	10	1	41
	Irregular	Count	0	2	1	0	0	3
Total		Count	20	34	9	12	3	77

**Quadro 83. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR (P26)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	25	31,3	31,3	31,3
	Satisfeito	42	52,5	52,5	83,8
	Nem muito nem pouco satisfeito	9	11,3	11,3	95,0
	Pouco satisfeito	2	2,5	2,5	97,5
	Nada satisfeito	1	1,3	1,3	98,8
	NS/NR	1	1,3	1,3	100,0
Total		80	100,0	100,0	

**Quadro 84. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR segundo a idade (P26\*\$P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P260	Muito satisfeito	3	5	7	6	1	3	25
	Satisfeito	3	19	6	9	3	2	42
	Nem muito nem pouco satisfeito	0	4	1	3	1	0	9
	Pouco satisfeito	0	0	2	0	0	0	2
	Nada satisfeito	0	1	0	0	0	0	1
	NS/NR	0	1	0	0	0	0	1
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 85. Desempenho dos profissionais ligados ao BCR segundo o tipo de deficiência (P26\*\$P35 Crosstabulation)**

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P260	Muito satisfeito	Count	4	15	2	3	2	25
	Satisfeito	Count	13	15	5	8	1	42
	Nem muito nem pouco	Count	3	5	0	1	0	9
	Pouco satisfeito	Count	0	0	0	1	1	2
	Nada satisfeito	Count	0	0	1	0	0	1
	NS/NR	Count	0	0	1	0	0	1
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 86. Grau de satisfação com os balneários (P251)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	17	21,3	21,3	21,3
	Satisfeito	44	55,0	55,0	76,3
	Pouco satisfeito	16	20,0	20,0	96,3
	Nada satisfeito	3	3,8	3,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 87. Grau de satisfação com o bar (P252)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	13	16,3	16,3	16,3
	Satisfeito	20	25,0	25,0	41,3
	Pouco satisfeito	28	35,0	35,0	76,3
	Nada satisfeito	19	23,8	23,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 88. Grau de satisfação com os arruamentos (P253)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	5	6,3	6,3	6,3
	Satisfeito	57	71,3	71,3	77,5
	Pouco satisfeito	11	13,8	13,8	91,3
	Nada satisfeito	7	8,8	8,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 89. Grau de satisfação com os acessos (P254)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	25	31,3	31,3	31,3
	Satisfeito	38	47,5	47,5	78,8
	Pouco satisfeito	7	8,8	8,8	87,5
	Nada satisfeito	10	12,5	12,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 90. Grau de satisfação com o WC (P255)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	24	30,0	30,0	30,0
	Satisfeito	26	32,5	32,5	62,5
	Pouco satisfeito	20	25,0	25,0	87,5
	Nada satisfeito	10	12,5	12,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 91. Grau de satisfação com as portas (P256)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito satisfeito	25	31,3	31,3	31,3
Satisfeito	34	42,5	42,5	73,8
Pouco satisfeito	12	15,0	15,0	88,8
Nada satisfeito	9	11,3	11,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 92. Grau de satisfação com as escadas (P257)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito satisfeito	7	8,8	8,8	8,8
Satisfeito	23	28,8	28,8	37,5
Pouco satisfeito	17	21,3	21,3	58,8
Nada satisfeito	33	41,3	41,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 93. Grau de satisfação com o piso (P258)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito satisfeito	20	25,0	25,0	25,0
Satisfeito	48	60,0	60,0	85,0
Pouco satisfeito	5	6,3	6,3	91,3
Nada satisfeito	7	8,8	8,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 94. Grau de satisfação com os balneários segundo a idade (P251\*P31 Crosstabulation)**

		P310						
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	Total
P251	Muito satisfeito	1	9	2	2	2	1	17
	Satisfeito	3	14	8	13	3	3	44
	Pouco satisfeito	2	7	4	2	0	1	16
	Nada satisfeito	0	0	2	1	0	0	3
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 95. Grau de satisfação com o bar segundo a idade (P252\*P31 Crosstabulation)**

		P310						
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	Total
P252	Muito satisfeito	1	7	4	1	0	0	13
	Satisfeito	2	5	6	3	2	2	20
	Pouco satisfeito	2	10	2	8	3	3	28
	Nada satisfeito	1	8	4	6	0	0	19
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 96. Grau de satisfação com os arruamentos segundo a idade (P253\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P253	Muito satisfeito	1	2	1	1	0	0	5
	Satisfeito	4	21	11	12	4	5	57
	Pouco satisfeito	1	5	1	3	1	0	11
	Nada satisfeito	0	2	3	2	0	0	7
	Total	6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 97. Grau de satisfação com os acessos segundo a idade (P254\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P254	Muito satisfeito	2	11	1	7	1	3	25
	Satisfeito	3	14	12	6	2	1	38
	Pouco satisfeito	1	3	0	1	1	1	7
	Nada satisfeito	0	2	3	4	1	0	10
	Total	6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 98. Grau de satisfação com o WC segundo a idade (P255\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P255	Muito satisfeito	1	10	2	7	1	3	24
	Satisfeito	3	9	6	4	3	1	26
	Pouco satisfeito	2	11	3	3	0	1	20
	Nada satisfeito	0	0	5	4	1	0	10
	Total	6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 99. Grau de satisfação com as portas segundo a idade (P256\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P256	Muito satisfeito	2	12	1	7	0	3	25
	Satisfeito	3	10	11	5	4	1	34
	Pouco satisfeito	1	7	0	3	0	1	12
	Nada satisfeito	0	1	4	3	1	0	9
	Total	6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 100. Grau de satisfação com as escadas segundo a idade (P257\*P31 Crosstabulation)**

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P257	Muito satisfeito	2	5	0	0	0	0	7
	Satisfeito	3	7	8	3	2	0	23
	Pouco satisfeito	1	6	3	4	1	2	17
	Nada satisfeito	0	12	5	11	2	3	33
	Total	6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 101.** Grau de satisfação com o piso segundo a idade (P258\*P31 Crosstabulation)

		P310					Total	
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos		Mais de 61 anos
P258	Muito satisfeito	2	6	5	2	3	2	20
	Satisfeito	3	19	9	13	1	3	48
	Pouco satisfeito	1	3	0	0	1	0	5
	Nada satisfeito	0	2	2	3	0	0	7
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 102.** Grau de satisfação com os balneários segundo o tipo de deficiência (P251\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P251	Muito satisfeito	Count	4	6	2	5	1	17
	Satisfeito	Count	14	18	4	6	2	44
	Pouco satisfeito	Count	1	10	3	1	1	16
	Nada satisfeito	Count	1	1	0	1	0	3
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 103.** Grau de satisfação com o bar segundo o tipo de deficiência (P252\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P252	Muito satisfeito	Count	2	7	0	2	2	13
	Satisfeito	Count	5	10	4	2	0	20
	Pouco satisfeito	Count	10	9	1	7	1	28
	Nada satisfeito	Count	3	9	4	2	1	19
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 104.** Grau de satisfação com os arruamentos segundo o tipo de deficiência (P253\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P253	Muito satisfeito	Count	1	3	0	0	1	5
	Satisfeito	Count	17	25	6	8	1	57
	Pouco satisfeito	Count	1	4	1	4	2	11
	Nada satisfeito	Count	1	3	2	1	0	7
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 105.** Grau de satisfação com os acessos segundo o tipo de deficiência (P254\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P254	Muito satisfeito	Count	13	6	2	3	1	25
	Satisfeito	Count	5	19	6	6	2	38
	Pouco satisfeito	Count	1	5	1	0	0	7
	Nada satisfeito	Count	1	5	0	4	1	10
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 106.** Grau de satisfação com o WC segundo o tipo de deficiência (P255\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P255	Muito satisfeito	Count	13	4	3	3	1	24
	Satisfeito	Count	4	15	3	3	2	26
	Pouco satisfeito	Count	2	11	2	4	1	20
	Nada satisfeito	Count	1	5	1	3	0	10
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 107.** Grau de satisfação com as portas segundo o tipo de deficiência (P256\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P256	Muito satisfeito	Count	12	6	4	3	1	25
	Satisfeito	Count	5	17	3	6	3	34
	Pouco satisfeito	Count	2	8	1	1	0	12
	Nada satisfeito	Count	1	4	1	3	0	9
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 108.** Grau de satisfação com as escadas segundo o tipo de deficiência (P257\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P257	Muito satisfeito	Count	0	3	3	0	1	7
	Satisfeito	Count	4	12	3	3	1	23
	Pouco satisfeito	Count	3	8	2	4	0	17
	Nada satisfeito	Count	13	12	1	6	2	33
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 109.** Grau de satisfação com o piso segundo o tipo de deficiência (P258\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P258	Muito satisfeito	Count	4	6	4	4	2	20
	Satisfeito	Count	14	22	4	8	1	48
	Pouco satisfeito	Count	1	3	0	1	0	5
	Nada satisfeito	Count	1	4	1	0	1	7
Total		Count	20	35	9	13	4	80

**Quadro 110.** Subsídio mensal recebido pelo clube onde praticam BCR (P29)

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



**Quadro 111. Despesas mensais com o BCR (P28)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 euros	6	7,5	7,5	7,5
Até 25 euros	9	11,3	11,3	18,8
25 a 50 euros	17	21,3	21,3	40,0
50 a 75 euros	12	15,0	15,0	55,0
75 a 100 euros	4	5,0	5,0	60,0
Mais de 100 euros	19	23,8	23,8	83,8
NS/NR	13	16,3	16,3	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 112. Opinião dos praticantes relativamente aos apoios financeiros para o BCR (P27)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bastantes	2	2,5	2,5	2,5
Suficientes	4	5,0	5,0	7,5
Insuficientes	53	66,3	66,3	73,8
Nenhuns	18	22,5	22,5	96,3
NS/NR	3	3,8	3,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

**Quadro 113. Subsídio mensal recebido pelo clube onde praticam BCR segundo a idade (P29\*P31 Crosstabulation)**

		P310					Mais de 61 anos	Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos		
P290	Sim	1	0	1	0	0	0	2
	Não	5	30	15	18	5	5	78
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 114. Despesas mensais com o BCR segundo a idade (P28\*P31 Crosstabulation)**

		P310					Mais de 61 anos	Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos		
P280	0 euros	1	2	1	1	0	1	6
	Até 25 euros	1	2	4	2	0	0	9
	25 a 50 euros	1	5	6	3	1	1	17
	50 a 75 euros	1	3	2	3	2	1	12
	75 a 100 euros	0	2	1	1	0	0	4
	Mais de 100 euros	0	9	0	7	1	2	19
	NS/NR	2	7	2	1	1	0	13
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 115.** Opinião dos praticantes relativamente aos apoios financeiros para o BCR segundo a idade (P27\*P31 Crosstabulation)

		P310						Total
		Menos de 18 anos	18-30 anos	31-40 anos	41-50 anos	51-60 anos	Mais de 61 anos	
P270	Bastantes	0	1	0	0	0	1	2
	Suficientes	0	2	2	0	0	0	4
	Insuficientes	5	17	8	16	4	3	53
	Nenhuns	0	9	5	2	1	1	18
	NS/NR	1	1	1	0	0	0	3
Total		6	30	16	18	5	5	80

**Quadro 116.** Subsídio mensal recebido pelo clube onde praticam BCR segundo o tipo de deficiência (P29\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P290	Sim	Count	0	2	0	0	0	2
	Não	Count	20	33	9	13	4	78
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 117.** Despesas mensais com o BCR segundo o tipo de deficiência (P28\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P280	0 euros	Count	0	3	1	1	1	6
	Até 25 euros	Count	2	3	3	2	0	9
	25 a 50 euros	Count	2	6	3	5	1	17
	50 a 75 euros	Count	3	8	0	1	0	12
	75 a 100 euros	Count	1	2	1	0	0	4
	Mais de 100 euros	Count	11	5	0	2	1	19
	NS/NR	Count	1	8	1	2	1	13
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.

**Quadro 118.** Opinião dos praticantes relativamente aos apoios financeiros para o BCR segundo o tipo de deficiência (P27\*\$P35 Crosstabulation)

			Tipo de deficiência					Total
			Poliemielite	Paraplegia	Spina bífida	Amputação	Outra	
P270	Bastantes	Count	0	1	0	0	1	2
	Suficientes	Count	0	3	0	1	0	4
	Insuficientes	Count	17	20	6	9	2	53
	Nenhuns	Count	3	9	3	2	1	18
	NS/NR	Count	0	2	0	1	0	3
Total		Count	20	35	9	13	4	80

Percentages and totals are based on respondents.