

## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL .....	i
LISTA DE FIGURAS .....	iii
LISTA DE QUADROS .....	iv
LISTA DE TABELAS.....	v
RESUMO .....	vii
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1) Importância do estudo .....	3
1.2) Definição de objectivos .....	3
1.3) Definição de hipóteses: .....	4
1.4) estrutura do trabalho .....	8
<b>CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
2) AUTOPERCEPÇÕES.....	9
2.1) Retrospectiva histórica do Autoconceito .....	9
2.2) Autoconceito versus Autoestima – Conceptualização .....	10
2.3) Modelos de interpretação do Autoconceito .....	12
2.4) O Autoconceito físico.....	18
2.4.1) Importância do Exercício Físico no desenvolvimento do Autoconceito Físico .....	20
2.5) Imagem corporal e Satisfação com a imagem .....	22
2.6) Instrumentos de Avaliação .....	24
2.7) Populações Especiais .....	26
2.7.1) Autopercepções e Autoestima – considerações gerais .....	26
2.7.2) O estigma social .....	28
2.7.3) A actividade física e o indivíduo com deficiência motora .....	29
2.7.3.2) Variáveis que influenciam o bem-estar psicológico dos indivíduos praticantes de actividade física .....	33
2.7.3.2.1) Origem da deficiência .....	33
2.7.3.2.2) Nível competitivo .....	34
2.7.4) Caracterização da Paralisia Cerebral .....	35
2.7.4.1) Classificação da Paralisia Cerebral.....	36
2.7.4.2) Benefícios da actividade física no indivíduo com paralisia cerebral .....	39

<b>CAPÍTULO III - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1) Caracterização da amostra.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2) Instrumentos de medida .....</b>	<b>42</b>
3.2.1) <i>Instrumentarium</i> .....	42
3.2.1.1) Ficha de caracterização individual .....	42
3.2.1.2) Escala de Autoconceito Físico (versão reduzida do SDQIII).....	42
3.2.1.3) Escala de Autoestima Global de Rosenberg (GSES) .....	43
3.2.1.4) – Questionário de Imagem Corporal .....	44
3.2.2) Definição e caracterização das variáveis em estudo.....	46
3.2.2.1) Variáveis dependentes: .....	46
3.2.2.2) Variáveis independentes: .....	46
<b>3.3) Procedimentos .....</b>	<b>46</b>
<b>3.4) Análise e Tratamento de dados .....</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
<b>4.1) Apresentação descritiva dos resultados.....</b>	<b>49</b>
4.1.1) Estatística descritiva das variáveis independentes em estudo.....	49
4.1.2) Estatística descritiva das variáveis dependentes em estudo .....	53
4.1.3) Estrutura hierárquica do modelo em estudo .....	62
4.1.4) Análise das relações entre a totalidade das variáveis em estudo .....	69
<b>4.2) Estatística inferencial .....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>87</b>
<b>6.1) Conclusões de carácter descritivo.....</b>	<b>87</b>
<b>6.3) Conclusões de carácter inferencial .....</b>	<b>89</b>
<b>6.4) limitações do estudo e Recomendações futuras .....</b>	<b>90</b>
6.4.1) Limitações .....	90
6.4.2) Recomendações .....	91
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** – Três modelos de interpretação da estrutura da Autoestima (Fox e Corbin, 1989)

**Figura 2** – Constructo hierárquico do Autoconceito (Shavelson, Hubner, e Stanton, 1976)

**Figura 3** – Modelo hierárquico da Autoestima (Adaptado de Fox e Corbin, 1989)

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Estudos comparativos dos valores médios relativos às diferentes dimensões do ACF em grupos com deficiência

**Quadro 2** – Grau de significância do teste T entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável prática desportiva

**Quadro 3.1** – Grau de significância do teste T entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável género: Grupo de indivíduos de prática regular

**Quadro 3.2** – Grau de significância do teste T entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável Género: Grupo de indivíduos de prática ocasional

**Quadro 4** – Grau de significância do teste T entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável origem de deficiência: Grupo de indivíduos de prática ocasional

**Quadro 5** – Grau de significância da análise de variância - Anova entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável frequência de prática desportiva

**Quadro 6** – Grau de significância da análise de variância - Anova entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável nível competitivo

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** frequências relativas – variável tipo de prática desportiva

**Tabela 2:** frequências relativas – variável género

**Tabela 3:** frequências relativas – variável género e tipo de prática desportiva

**Tabela 4:** frequências relativas – variável origem da deficiência

**Tabela 5:** frequências relativas – variável frequência de prática

**Tabela 6:** frequências relativas – variável nível competitivo

**Tabela 7:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal

**Tabela 8:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável prática desportiva

**Tabela 9:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável frequência de prática desportiva

**Tabela 10:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável género

**Tabela 11:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável origem da deficiência

**Tabela 12:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável nível competitivo

**Tabela 13:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis tipo de prática desportiva e género

**Tabela 14:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e género

**Tabela 15:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis nível competitivo e género

**Tabela 16:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e tipo de prática desportiva  
**Tabela 17:** Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e nível competitivo

**Tabela 18** – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE: Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física regular

**Tabela 19** – Correlações parciais controlando o ACF: Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física regular

**Tabela 20** – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE: Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional

**Tabela 21** – Correlações parciais controlando o ACF: Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional

**Tabela 22** – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE: Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular

**Tabela 23** – Correlações parciais controlando o ACF: Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular

**Tabela 24** – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE: Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional

**Tabela 25** – Correlações parciais controlando o ACF  
Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional

**Tabela 26** – Correlações entre as variáveis dependentes em estudo: Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional

**Tabela 27** – Correlações entre as variáveis dependentes em estudo: Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular

**Tabela 28** – Correlações entre as variáveis dependentes em estudo: Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional

## RESUMO

**Objectivo de estudo:** avaliar o Autoconceito físico, a Autoestima e a Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral, praticantes de actividade física regular e ocasional.

**Metodologia:** 64 indivíduos com paralisia cerebral, dos quais 50 são indivíduos do género masculino e 14 do género feminino, com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, sendo a média de idades e desvio padrão do género masculino de  $27,82 \pm 9,00$  anos e do género feminino de  $31,00 \pm 7,69$  anos. Do total de indivíduos que constituem a amostra, 46 são atletas que praticam actividade física regularmente e 18 praticam actividade física ocasionalmente. Dos indivíduos de prática desportiva regular, 30 são atletas que competem a nível nacional e 16 são atletas que competem a nível internacional e paralímpico.

Os instrumentos de medida utilizados foram: a Escala de Autoconceito Físico do *Self Description Questionnaire III* de Marsh & O'Neill (1984); a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965); o Questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer (1987), complementados com uma ficha de caracterização individual.

No que diz respeito ao tratamento estatístico, utilizámos a estatística descritiva (média, desvio padrão e distribuição de frequências), R produto momento de Pearson, regressões múltiplas (*stepwise method*) e na estatística inferencial, recorreremos à análise da variância – One Way Anova e o teste T de Student.

Os resultados obtidos após o tratamento estatístico permitiram-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as autopercepções no domínio físico e a Autoestima, em função da variável prática desportiva; existem diferenças estatisticamente significativas entre o factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal, em função da variável género; existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional; existem diferenças estatisticamente significativas entre as autopercepções no domínio físico e a Autoestima, em função da variável frequência de prática; existem diferenças estatisticamente significativas entre as autopercepções no domínio físico e a Autoestima, em função da variável nível competitivo.

Relativamente à organização hierárquica, os resultados permitiram concluir que Autoconceito Físico surge, nos grupos de indivíduos de prática regular, de ambos os géneros e ainda no grupo de indivíduos de género feminino de prática ocasional, como um resultado generalizado de percepções relativas à Competência Física e a Aparência Física e, como um mediador entre a Autoestima Global e os subdomínios. No grupo de indivíduos de género masculino de prática ocasional, a inabilidade do Autoconceito Físico para prever, cria algumas questões acerca da utilidade do Autoconceito Físico no modelo hierárquico em estudo. Deste modo, em indivíduos com deficiência, podemos concluir que a organização hierárquica do modelo de Autoconceito funciona de modo ligeiramente diferente daquilo que até agora foi encontrado para indivíduos sem deficiência.



# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

A necessidade de sentir-se bem consigo próprio é uma característica fundamental e a partir daqui o «Eu» tem sido estudado como um tema central num vasto ramo de disciplinas, nomeadamente a Filosofia, Sociologia, Psicologia, Psiquiatria, Teologia e a Educação.

Os indivíduos com deficiência interiorizam atitudes negativas, comportam-se de uma forma consistente com expectativas da sociedade, pois encontram com muita frequência dificuldades no desenvolvimento de autopercepções positivas tanto das suas competências físicas como de competências sociais (Frank, 1988; Nixon, 1984; Phillips, 1985; Sherrill, in press, citados por Blinde & McClung, 1997), desenvolvendo assim construções negativas do seu «Eu» (Finkelstein e French, 1993).

Nas últimas décadas a sociedade tem testemunhado uma revolução na sua concepção de actividade física e saúde. Profissionais do campo da saúde, depois de comprovarem os benefícios físicos, alegam que a actividade física, pode ser efectiva simultaneamente na prevenção de problemas emocionais como no tratamento de problemas do campo da saúde mental (Morgan & Goldston, 1987).

A procura de melhoria na qualidade de vida tem levado nos últimos anos as pessoas com deficiência a procurar a prática de diferentes desportos, visando melhorar o seu bem-estar físico e psicológico. A actividade desportiva assume assim um papel fundamental na vida dos indivíduos com deficiência, reflectindo no seu bem-estar uma importância ainda maior do que nas pessoas sem deficiência (Guttmann, 1976).

As pessoas com paralisia cerebral são, provavelmente, as que mais são prejudicadas, resultado da supervalorização das habilidades intelectuais pela sociedade (Telford, 1984; Glat, 1989), enquanto que as pessoas com outras deficiências físicas ou sensoriais integram-se gradualmente na vida comunitária. Persistem ainda, em grau mais elevado, preconceitos em relação aos indivíduos que possuem paralisia cerebral (Martins, 1996). O perfil de multi-incapacidade dos indivíduos com paralisia cerebral provoca barreiras em termos educacionais, o que

resulta mais tarde em dificuldades de acesso ao mundo do trabalho, e consequentemente, problemas de integração social e de dinâmica relacional, muito importantes na problemática da deficiência, uma vez que permitem muitas vezes transformar o pensamento de auto-negação num auto-conceito positivo (Castro, 1996). Assim, modificar estas percepções poderá ser encarado como o maior desafio de infiltração nas crenças sociais relacionadas com a problemática da deficiência.

A elaboração desta tese de licenciatura surge no seguimento de um interesse e de um desejo demonstrados desde o primeiro momento em que decidi iniciar a minha candidatura à frequência do Seminário em Autopercepção e Bem-Estar Psicológico em Populações Especiais, a realizar no 5º ano da licenciatura em Ciências do Desporto e Educação Física, da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. Ainda antes desse momento, formulei o desejo de que a frequência do seminário deveria possibilitar-me, por um lado o acesso a níveis mais elevados do conhecimento científico que facultasse o desenvolvimento de um trabalho de investigação na Área das Populações Especiais, para a qual me sinto particularmente sensibilizada e motivada; e, por outro lado a consciencialização da importância que constructos como o Autoconceito e a Autoestima assumem no processo de identidade pessoal, nas funções adoptadas pelo «Eu», e na compreensão da conduta humana em indivíduos com deficiência motora, particularmente em termos desportivos.

Com a elaboração do presente estudo pretendemos analisar o Autoconceito físico, a Autoestima e a Imagem Corporal em indivíduos com deficiência motora, mais especificamente em indivíduos com paralisia cerebral, praticantes de actividade física regular e ocasional.

É nossa intenção ao longo deste estudo, salientar o Autoconceito, enquanto parte integrante da personalidade de um indivíduo, que incorpora todos os aspectos do que o sujeito pensa ser: ele é central na vida consciente, e refere-se aos múltiplos atributos e funções através do qual o indivíduo se avalia a ele próprio para estabelecer julgamentos de Autoestima (Fox, 1998).

## **1.1 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO**

O estudo das autopercepções no domínio físico tem vindo a conquistar um espaço importante, sendo uma área em franca exploração em termos de investigação científica. Uma das razões do nosso interesse pelo estudo do Autoconceito, da Autoestima e da Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral, consiste no facto destes constructos assumirem uma importância relevante na compreensão da conduta humana, tornando-se um valioso auxiliar na selecção das estratégias mais adequadas e facilitadoras da sua integração. Também nos parece interessante verificar o modo como o Autoconceito, a Autoestima e a Imagem Corporal variam através da prática desportiva, uma vez que pode constituir um bom meio para o indivíduo com deficiência manifestar autopercepções positivas, e por conseguinte comportamentos de autovalorização de si próprio, de satisfação e de autoconfiança.

## **1.2 DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS**

Pretende-se com o nosso estudo avaliar as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e a Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral. Propusemo-nos ainda analisar no presente estudo a influência de outras variáveis, como por exemplo:

- a) Que influência tem o tipo de prática desportiva nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral?
- b) Que influência tem o género nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral?
- c) Que influência tem a origem da deficiência nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral?
- d) Que influência tem a frequência de prática desportiva nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral?
- e) Que influência tem o nível competitivo nas autopercepções físicas no domínio físico, da Autoestima Global e da Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral?

### **1.3 DEFINIÇÃO DE HIPÓTESES:**

Em função dos objectivos enunciados podemos definir as seguintes hipóteses:

1H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável prática desportiva.

1H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico, e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável prática desportiva.

2H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável prática desportiva.

2H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável prática desportiva.

3H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável prática desportiva.

3H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável prática desportiva.

4H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável género, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

4H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico, e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável género, no grupo de

indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

5H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável género, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

5H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável género, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

6H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável género, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

6H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável género, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

7H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

7H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico, e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

8H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

8H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

9H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

9H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva regular e no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

10H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável frequência de prática.

10H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico, e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável frequência de prática.

11H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável frequência de prática.

11H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável frequência de prática.

12H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação,

Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável frequência de prática.

12H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável frequência de prática.

13H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável nível competitivo.

13H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico, e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável nível competitivo.

14H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável nível competitivo.

14H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável nível competitivo.

15H0 – Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável nível competitivo.

15H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável nível competitivo.

#### **1.4. ESTRUTURA DO TRABALHO**

O presente estudo de pesquisa encontra-se sistematizado ao longo de 7 capítulos:

O capítulo I refere-se à Introdução, onde é considerado o estado actual do problema e a sua importância, bem como os objectivos e as hipóteses consideradas para a presente investigação.

O capítulo II destina-se à Revisão da Literatura, a qual contempla o enquadramento teórico e conceptual do estudo, analisando a literatura relacionada com o tema do nosso estudo.

O capítulo III é referente aos Métodos e Procedimentos, onde realizamos a caracterização da amostra, dos instrumentos utilizados, a definição das variáveis independentes e dependentes, os procedimentos de aplicação e o tratamento estatístico dos dados.

O capítulo IV refere-se à Apresentação dos Resultados, através da análise da estatística descritiva e inferencial.

O capítulo V compreende a Discussão dos Resultados, onde são consideradas as limitações do estudo e se confrontam os resultados obtidos com os estudos referenciados na revisão da literatura.

O capítulo VI sintetiza as principais linhas de conclusão do estudo, e simultaneamente as Limitações do estudo e Recomendações para futuras investigações na área do nosso estudo.

O capítulo VII apresenta a ordenação alfabética das Referências Bibliográficas consultadas na elaboração do presente estudo.



## CAPÍTULO II

# REVISÃO DA LITERATURA

### 2. AUTOPERCEPÇÕES

#### 2.1) RETROSPECTIVA HISTÓRICA DO AUTOCONCEITO

Desde sempre foi reconhecido que a forma como as pessoas se vêem a si próprias e o seu lugar no mundo – as suas autopercepções – são fundamentais para a explicação do seu comportamento.

Quando levamos a cabo uma análise da literatura respeitante ao Autoconceito, devemos inicialmente procurar a sua origem. De facto muitos foram os autores que tiveram dificuldade em definir o termo «Eu». Daí ter-se recorrido a conceitos de natureza metafísica como «alma» e «espírito» que encontraram a sua primeira grande expressão na filosofia de Descartes (s.d.): “Portanto, eu sou, por precisão, apenas uma coisa pensante, isto é, um espírito, ou uma alma, ou um intelecto, ou uma razão.”

No entanto, a redução do homem a uma consciência sem corpo nem mundo, como parece ser a tendência de todas as formas de pensamento idealista, é contestada pelo pensador português Virgílio Ferreira (1973), o qual nos propõe uma fenomenologia sim, mas da consciência corporalizada: “O homem é espírito e corpo, ou realiza o espírito no corpo, ou é um corpo espiritualizado.” Segundo Santos, Graça e Correia (1994), muitos outros autores defenderam teorias baseadas em perspectivas especulativas e não científicas. Actualmente, os estudos da neurofisiologia apontam para a necessidade de superar o dualismo corpo-espírito e insistem na interacção recíproca entre corpo e a mente (Santos, Graça & Correia, 1994).

Pois bem, o termo Autoconceito começou a ser considerado já no século XX, fundamentalmente nas últimas duas décadas com importantes desenvolvimentos neste campo de pesquisa.

Uma das teorias que marcou influentemente o Autoconceito foi o Behaviorismo. Com contributo desta teoria passou a ser possível o estudo de alguns aspectos do Autoconceito global, incluindo a Autoestima que passou a ser definida

como a dimensão do Autoconceito na qual o indivíduo possuía sentimentos negativos e positivos acerca de algumas características de si próprio. Graças às Teorias Behavioristas o Autoconceito adquiriu características de natureza experimental e sistemática, tornando igualmente possível a colocação e testagem de hipóteses.

## **2.2) AUTOCONCEITO VERSUS AUTOESTIMA – CONCEPTUALIZAÇÃO**

Um entrave que tem flagelado esta área de investigação tem sido os confrontos terminológicos. Este problema é intensificado pela influência que o Autoconceito detém sobre uma diversidade de disciplinas, bem como o amplo espectro em que este conceito é aplicado.

Desta forma um dos principais obstáculos com o qual nos confrontamos é, sem dúvida, a delimitação conceptual de termos usualmente utilizados para descrever a percepção própria do «Eu», tais como Autoconceito, Autoestima, Autoconfiança, Autoimagem (Gallahue, 1989).

Murphy (1947) descreve o Autoconceito como o indivíduo conhecido pelo indivíduo. Trata-se do conjunto constituído por aquilo que podemos atingir, o que pensamos que os outros pensam de nós e aquilo que gostaríamos de ser (Burns, 1986, citado por Ferreira, 1997). Segundo Gecas (1982), é importante referenciar os conteúdos do Autoconceito, nos quais estão abrangidas as “identidades” do indivíduo, as dimensões “avaliativas” e “emocionais” correspondentes ao que é usualmente designado por Autoestima e que tem um grande significado no bem estar de qualquer sujeito.

Deste modo, associado ao Autoconceito surge frequentemente na literatura o conceito de Autoestima, sendo por vezes difícil de diferenciar em termos conceptuais estes dois aspectos do «Eu».

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

Na literatura dos últimos 10-15 anos sobrepõe-se uma perspectiva conceptual derivada de grandes desenvolvimentos teóricos que tem convergido para um consenso, particularmente na área da psicologia social. Deste modo, e segundo um

conjunto actual de linhas orientadoras delimitadas por Fox (1997) na sua obra «*The Physical Self*», é possível aceder a algumas definições relativamente a esta temática de investigação:

- *Auto percepção*: termo abrangente que designa todo o tipo de referências acerca do «Eu», desde as mais globais às mais específicas.

- *Autoconceito*: perfil de auto-descrição baseado em múltiplos papéis e atributos considerados como fazendo parte do «Eu». Alguns autores incluem referências avaliativas dentro do Autoconceito, enquanto outros excluem esta alusão.

- *Identidade*: integração de crenças, valores, auto percepções e comportamentos dentro de um consistente, coerente e reconhecível repertório individual. É mais do que uma auto-descrição – está mais próximo de uma auto-teoria. Este termo é usado frequentemente na literatura sociológica, com alguns autores a considerarem que o indivíduo pode ter identidades separadas em diferentes domínios da vida.

- *Autoestima*: boa consciência possuída pelo «Eu» (Campbell 1984, 1989). É uma construção global que promove uma referência do nível em que o indivíduo percebe o seu «Eu» como sendo uma “boa” pessoa, dependente do critério que o indivíduo usa para determinar o significado de “boa”.

Shavelson, Hubner, e Stanton (1976) começaram a desenvolver uma definição teórica do Autoconceito. Estes autores integraram algumas características de várias definições do Autoconceito para formular a sua definição de base. Eles descreveram o Autoconceito como uma auto percepção do indivíduo que é formado de experiências e/com interpretações do seu ambiente. Enfatizaram o Autoconceito não como uma entidade dentro da pessoa, mas um constructo hipotético que é potencialmente útil para explicar e prever a forma como a pessoa actua.

Para Weinberg e Gould (2001) o Autoconceito incorpora todos os aspectos do que pensamos que somos: ele é central na vida consciente. Como tal, muitas pessoas consideram o Autoconceito a medida mais importante do bem-estar psicológico.

Nos últimos anos, concepções científicas sobre Autoestima modificaram-se profundamente (Fox, 1997). Inicialmente a Autoestima foi concebida como um conceito geral e unidimensional (Coopersmith, 1967; Marx & Winne, 1978; Piers,

1969). Recentemente a Autoestima é vista como um agregado de distintas auto-avaliações relativas a domínio específicos (Harter, 1982).

A Autoestima tem emergido como um dos constructos psicológicos que adquiriu um uso regular junto do público geral e dos académicos. Este termo pode ser regularmente ouvido em conversas banais e visto na imprensa popular, usualmente expressando a ausência ou presença de valor individual ou de grupo. Isto combina bem com definições académicas tais como “a consciência do bem possuído pelo «Eu» (Campbell, 1984), indicando que Autoestima promove uma sucinta auto-avaliação de *quão bem está o «Eu» a sair-se na vida. “Bem”*, neste caso, não carrega necessariamente uma conotação moral mas reflecte os critérios que são essenciais para o sistema de valores do indivíduo.

### 2.3) MODELOS DE INTERPRETAÇÃO DO AUTOCONCEITO

Segundo Corbin & Fox (1989), a Autoestima tem consistentemente ocupado uma posição central na explicação do comportamento humano. A sua aceitação como índice do ajustamento emocional (Allport, 1955; Erikson, 1968; Gergen, 1971; Maslow, 1954) e a sua função como mediador do comportamento (Campbell, 1984; Harter, 1978; Maehr & Braskamp, 1986; White, 1986) tem estimulado volumes de pesquisa (Burns, 1979; Byrne, 1984; Harter, 1983; Marsh & Shavelson, 1985; Robinson & Shaver, 1973; Wells & Marwell, 1976; Wylie, 1974, 1979).

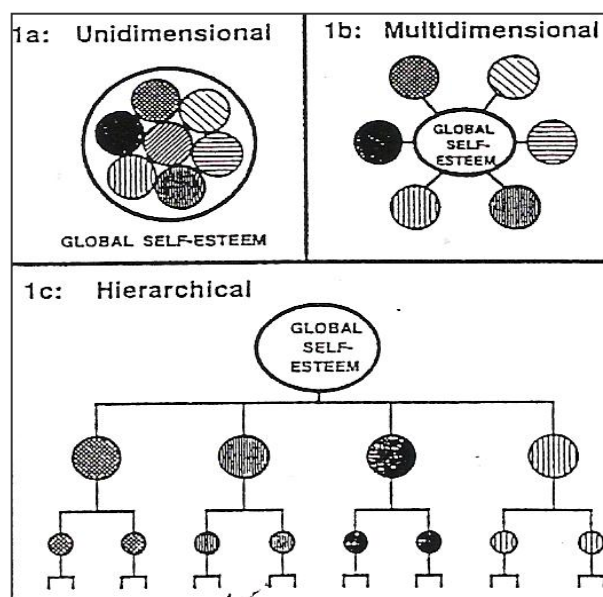


Figura 1 – Três modelos de interpretação da estrutura da Autoestima (Fox e Corbin, 1989)

Durante muitos anos, a Autoestima foi considerada um constructo unidimensional (ver Figura 1a), o qual era avaliado por inventários (e.g., Coopersmith, 1976; Piers, 1969, citados por Fox e Corbin, 1989) que simplesmente generalizavam as respostas verdadeiras e falsas, tendo em conta a adequação do “Eu” a uma grande variedade de situações quotidianas. Nestes inventários, a cada uma das respostas era atribuído o mesmo valor, sendo o resultado final analisado com base em si próprio, não tendo em conta diferentes pesos e relações entre a complexidade de elementos que influenciam o «Eu» considerado. Este modelo unidimensional, reminescente do modelo da inteligência de dois-factores de Spearman, citado por Fox, 1997, considera que existe apenas um factor geral do Autoconceito, ou então que este factor geral domina outros factores específicos. Alguns autores (e.g., Coopersmith [1967]; Marx & Winne [1978]), defensores desta perspectiva argumentam que as múltiplas dimensões do Autoconceito eram tão fortemente dominadas por um factor geral, que a separação destes factores não poderia ser adequadamente diferenciada.

Esta referência tem reflectido grandes problemas no seu suporte de tal forma que tem sido fortemente criticada (Harter, 1983; Rosenberg, 1979; Wylie, 1979 citados por Fox e Corbin, 1989) porque tem resultado na criação de instrumentos de validade questionáveis, com fraca fundamentação teórica, que tem limitado o valor da investigação no campo da compreensão da estrutura da Autoestima e dos mecanismos envolvidos na sua alteração.

De acordo com os autores Fox e Corbin (1989), o maior desenvolvimento que a teoria da Autoestima viveu foi, sem margem para dúvidas, a ampla anuência da sua multidimensionalidade (ver Figura 1b). Os trabalhos realizados pelos autores Harter, (1985a); Marsh, Barnes, Cairnes e Tidman, (1984); Soule, Drummond e McIntire, (1981), demonstraram de uma forma persuasiva que, desde os 7-8 anos de idade, as crianças tornam-se cada vez mais capazes de se julgar a elas próprias, de forma diferenciada e de acordo com os diferentes domínios envolvidos nesse julgamento. Segundo esta nova referência multidimensional da Autoestima, os instrumentos de avaliação facultam sub-escalas separadas que permitem avaliar a percepção nas suas diferentes dimensões, em complemento ao Autoconceito global ou unidimensional, o que por sua vez possibilita a afirmação de uma estrutura do «Eu» existente, que se torna progressivamente diferenciada com a maturidade intelectual.

O corolário do interaccionismo na teoria da Autoestima produziu um retrato mais abonado de componentes da Autoestima, fornecendo assim um mapa informativo referente à organização estrutural da Autoestima traçado com maior detalhe (ver Figura 1c).

Shavelson, Hubner, e Stanton (1976) (citados por Marsh, Byrne & Shavelson, 1988) formalizaram um constructo hierárquico do Autoconceito, baseado num modelo multifacetado. Estes autores basearam o seu modelo, em parte, em paradigmas de habilidade conceptualmente similares que consideravam um factor de ordem superior de habilidade, e também componentes específicas. (e.g., Vernon, 1950, citado por Marsh, Byrne & Shavelson, 1988). Outras pesquisas (Marsh, Horsely, Perry & Roche, 1986) suportaram a estrutura multifacetada do Autoconceito e demonstraram que este não pode ser adequadamente entendido se a sua multidimensionalidade for ignorada (Marsh, 1986).

Desta forma, a delimitação conceptual deste conceito diz-nos que «o Autoconceito não é mais do que a Autopercepção que cada um faz do envolvimento que o rodeia, com base nas suas experiências e interpretações. O Autoconceito não constitui uma entidade no interior do indivíduo mas sim um constructo hipotético que é potencialmente útil na explicação e predição do modo como o indivíduo age. Estas autopercepções influenciam o modo como cada indivíduo age o que, por sua vez, vai igualmente influenciar as suas autopercepções» (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976).

Estes autores identificaram também sete apontamentos críticos na definição do constructo do Autoconceito: (1) é organizado ou estruturado; (2) é multidimensional; (3) é hierárquico, com percepções do comportamento pessoal em situações específicas na base da hierarquia, comportando inferências acerca do “Eu” em domínios mais vastos (tais como o social, físico, e académico) situados em níveis intermédios da hierarquia, e um Autoconceito geral localizado no topo do modelo; (4) o Autoconceito estabelecido no topo da hierarquia é estável, mas torna-se cada vez mais dependente em momentos específicos, tendo como consequência, à medida que descemos na hierarquia, uma maior instabilidade; (5) o Autoconceito torna-se cada vez mais multidimensional à medida que a idade também aumenta; (6) o Autoconceito é simultaneamente descritivo e avaliativo, e estas Autopercepções podem ser apreendidas em oposição a ideais absolutos ou pessoais, em que cada

indivíduo pode dar importância e peso diferentes a dimensões específicas; (7) o Autoconceito pode ser diferenciado relativamente a outros constructos;

Shavelson, Hubner, e Stanton (1976) apresentaram uma possível representação hierárquica em que o Autoconceito geral aparecia no ápice do modelo (ver Figura 2), o qual era submetido a representações do «Eu», de natureza avaliativa e descritiva, em cada um dos domínios académico e não académico. Por conseguinte, o Autoconceito académico era dividido em Autoconceitos particulares de cada uma das áreas disciplinares (ex.: Matemática, Inglês, etc.), enquanto o Autoconceito não-académico era dividido em três áreas: Autoconceito social, Autoconceito emocional e Autoconceito físico. Hipoteticamente, cada um destes domínios era considerado como representativo dos efeitos combinados de percepções típicas duma série de subdomínios de maior especificidade, tais como, capacidade de leitura no domínio académico e aparência e capacidade física no domínio físico.

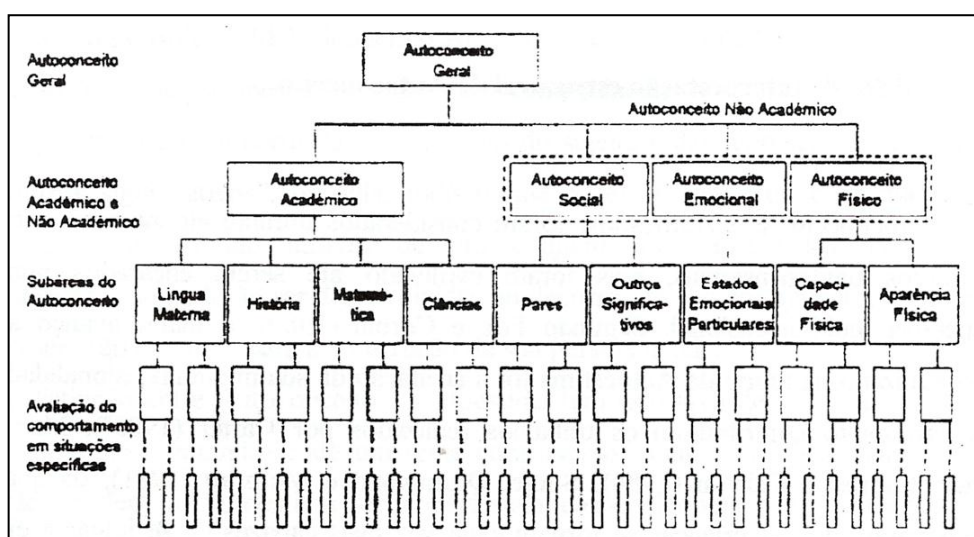


Figura 2 – Constructo hierárquico do Autoconceito (Shavelson, Hubner, e Stanton, 1976)<sup>1</sup>

Para testar este modelo de Shavelson et al. (1976), Marsh e Shavelson (1985), usando respostas ao *Self Description Questionnaire* (SDQ), descobriram um suporte para este modelo, porém, a hierarquia provou ser mais complicada do que inicialmente foi antecipada. Isto conduziu a uma revisão do modelo, que foi também testado empiricamente (Fleming, Courtney, 1984; Fleming & Watts, 1980; Marsh & Shavelson, 1985), e que resultou posteriormente num forte apoio para a validação da multidimensionalidade do Autoconceito.

<sup>1</sup> Shavelson, R. J.; Hubner, J. J. & Stanton, J. C. (1976). "Self-concept: Validation and Construct Interpretations." In *Review of Educational Research*, 46, pp. 407-441.

Este modelo revelou-se bastante atractivo porque infere um caminho pelo qual a interacção regular com diferentes aspectos da vida poderá modificar os mais globais e duradouros elementos da Autoestima e Autoconceito, uma vez que a satisfação verificada em comportamentos específicos são capazes de canalizar alterações no sentido ascendente, de modo a produzir mudanças duradouras em determinados aspectos da Autoestima (Ferreira, 1997).

Este modelo foi enriquecido com a introdução de outras concepções hierárquicas (Fox & Corbin, 1989; Marsh & Shavelson, 1985). Tal como já foi dito anteriormente, o Autoconceito é organizado de uma forma hierárquica, em que o cume do modelo é preenchido pela Autoestima geral, que é definida pelo sentimento que todos têm acerca do seu próprio valor. O nível médio é ocupado por diversos domínios de competência, tal como foi proposto pelo modelo de Harter (1982), e cada domínio é seguidamente composto por muitos subdomínios mais específicos. Um dos aspectos importantes deste modelo é o facto do domínio físico ser particularmente desenvolvido (ver Figura 3).

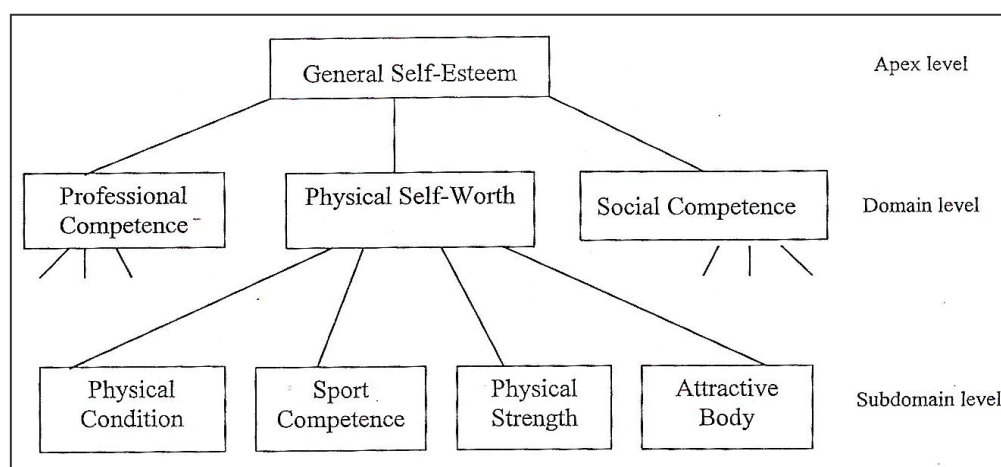


Figura 3 – Modelo hierárquico da Autoestima (Adaptado de Fox e Corbin, 1989)

Fox e Corbin (1986, citados por Ninnot, Fortes & Delignieres, *in press*) enriqueceram o seu modelo através da introdução da importância de hipóteses percebidas, propondo que a influência de uma dada componente do modelo está relacionada com a sua importância subjectiva. Esta importância subjectiva pode ser compreendida como um filtro que modula o respectivo peso da componente dum nível.

Desta forma, estes modelos hierárquicos são essencialmente modelos dinâmicos, que reservam uma nova perspectiva da Autoestima. A essencial destes



sistemas dinâmicos é descobrir os papéis que regem a emergência de ordem em sistemas complexos. O comportamento do sistema está relacionado, segundo este ponto de vista, como uma propriedade emergente, que se levanta da interface de muitos elementos incluídos no sistema. Desenvolvimentos recentes desta perspectiva foram propostos no domínio da coordenação motora (Kelso, 1995), mas também no domínio da psicologia social (Vallacher & Novak, 1997) e da psicologia cognitiva (Van Gelder, 1998).

Algumas hipóteses podem ser propostas de acordo com o comportamento destes sistemas. Primeiro que tudo, cada componente do modelo pode ser considerada como um ponto fixo de atracção, oscilando de volta de um valor médio. Tal como é sugerido por Fox (1997), é esperado que o cume deste modelo exiba mais estabilidade, e os níveis relativos aos subdomínios, mais variabilidade. Outra hipótese, considerando o comportamento de uma componente após uma pequena perturbação devido a um determinado evento na vida: é que se espera que esta componente regresse ao seu valor inicial, após um processo designado “tempo de relaxação” que constitui outra medida de estabilidade daquele que exerce atracção (Kelso, Ding, & Schöner, 1993). Das perturbações consideráveis espera-se que produzam a estabilidade do sistema num novo valor, através dum fenómeno designado “bifurcação” na estrutura dinâmica. Esta bifurcação deve ser precedida por “flutuações críticas”; reveladas pelo aumento da variabilidade resultante da evolução temporal.

Outro grupo de hipóteses (Ninnot, Fortes e Delignieres, *in press*) refere-se às relações entre as diferentes componentes do modelo hierárquico, já que se espera que uma perturbação num dado nível do modelo afecte os outros níveis ou componentes. Espera-se que a proximidade de componentes no modelo e a relativa importância destas induzem efeitos específicos, tais como “atenuação”, “latência”, ou “histerese”.

Para Ninnot, Fortes e Delignieres (*in press*) a testagem científica destas hipóteses requer a colecção de tempo em séries de dados de todas as componentes do modelo. A vantagem principal deste modelo hierárquico é que, sendo essencialmente dinâmico, suporta hipóteses relativas à sua própria evolução temporal. Numa tentativa de metaforizar, estes autores afirmam que: “os inventários clássicos fornecem retratos bons e exactos dos estados psicológicos; mas os sistemas dinâmicos requerem filmes”. De um ponto de vista dinâmico, o estudo destes autores abriu novas portas para a investigação no campo do Autoconceito físico.

## 2.4) O AUTOCONCEITO FÍSICO

A necessidade de sentir-se bem consigo próprio é uma característica fundamental e a partir daqui o «Eu» tem sido estudado como um tema central num vasto ramo de disciplinas, nomeadamente a Filosofia, Sociologia, Psicologia, Psiquiatria, Teologia e Educação.

Desde os primeiros estudos de James (1892) e, mais recentemente, com os de Epstein (1973), Maskus e Wurf (1987) e Harter (1996), e tal como nos diz Fox (2000), existe uma concordância geral para que o «Eu» não seja considerado uma estática entidade singular, mas seja melhor descrito como um complexo sistema de constructos. Embora alguns autores estejam ainda em desacordo, existe agora um consenso de que existe dois elementos diferenciados do «Eu». O «Eu» objectivo (directivo ou organizado), ou como James refere, o “Eu” pode ser diferenciado do «Eu» subjectivo, ou segundo Jamesian, o “Mim”, o qual é descrito e controlado pelo “eu”», representando o «Eu» em acção avaliado nos diferentes domínios da vida. O «Eu» directivo tem propriedades executivas e tem sido comparado com o comandante duma ampla corporação cujo trabalho é controlar a estrutura, as propriedades e os recursos agregados do «Eu» descrito. Esta auto-descrição é comumente designada “Autoconceito” pelos psicólogos sociais ou “Identidade” pelos sociólogos (Fox, 2000).

Vários autores (Shavelson, Hubner & Stanton, 1976; Epstein, 1973, citado por Fox, 2000) desenvolveram modelos hipotéticos considerando estas dimensões do «Eu» hierarquicamente organizadas numa espécie de raiz estrutural, com os auto-constructos mais globais representando as principais bases. De acordo com este modelo, a Autoestima representa o tronco principal, bem como o resultado de um exame de personalidade (como o «Eu» tem feito bem nesses domínios), sendo por isso essencialmente fenomenológica nas suas origens.

Por outro lado, a distinção entre os dois elementos do «Eu» ajuda também a definir as diferenças entre os termos Autoconceito e Autoestima, que são muito frequentemente confundidos e aplicados perduravelmente na literatura (Carless e Fox, 2003).

Segundo Fox (1998), auto-valorização tem essencialmente o mesmo significado que Autoestima. Contudo, o Autoconceito é melhor visto como uma auto-descrição do que como uma auto-avaliação e refere-se aos múltiplos atributos e

funções através do qual o indivíduo se avalia a ele próprio para estabelecer julgamentos de Autoestima. Assim, promove uma estrutura que é aliada da Identidade, um termo que é mais frequentemente utilizado na literatura da sociologia.

Não é surpreendente o facto da Autoestima ter sido considerada fundamental para o bem-estar mental. Aliás, várias características levam a considerar a Autoestima relevante para a saúde mental:

- Tem sido vista como uma chave indicadora da estabilidade emocional e da adaptação que a vida requer (Sonstroem, 1997).
- Está intimamente ligado com o bem-estar e com a felicidade (Diener, 1984).
- Autoestima elevada está associada a características positivas, tais como, independência, liderança, adaptabilidade, e resistência ao stress (Wylie, 1989).
- Autoestima elevada está associada com escolha, persistência e sucesso numa vasta escala de realização e comportamentos saudáveis relacionados.
- Autoestima baixa frequentemente acompanha doenças mentais e desordens tais como, depressão, ansiedade, fobia (Baumeister, 1993), e que tem como consequência, durante muitos anos, a necessidade de recorrer a terapias (Rogers, 1951).

Alguns teóricos diriam que por detrás da movimentação para satisfazer as necessidades psicológicas mais essenciais, a pesquisa no campo da Autoestima é a mais poderosa força motivacional, pois assim, o nosso constante esforço em apresentações positivas, para nós próprios e para os outros, explica muito do nosso comportamento.

Na actualidade, o Autoconceito é considerado como multidimensional e construído de características, competências, atributos e funções possuídas ou representadas pelo indivíduo. Isto pode envolver muitos sub-«Eu»s, tais como o «Eu» familiar, o «Eu» trabalho, o «Eu» emocional, o «Eu» social e, particularmente do interesse da Psicologia do Exercício – o «Eu» físico (ou Autoconceito físico). Segundo Fox (2000), existem boas evidências para considerar que estas componentes do «Eu» têm a sua própria capacidade e estrutura. Por exemplo, o «Eu» físico é composto por vários aspectos do âmbito da aparência e da competência física (Marsh, 1998). Harter (1996, citado por Carless & Fox, 2003) enfatizou ainda mais a importância deste domínio, sugerindo que o «Eu» físico é mais do que um domínio do «Eu», isto porque funciona como o «Eu» público, que actua como a interface

visível e audível entre nós próprios e o mundo, sendo por isso altamente relevante para a vida humana. A forma do corpo, tamanho, proporção, estilo e habilidade física com o qual o «Eu» físico opera e promove a primeira projecção social da nossa personalidade, sexualidade, confiança, e proeza, actuando deste forma como uma corrente observável que pode carregar consequências positivas ou negativas. O modo como nos sentimos acerca da nossa imagem pública pode determinar e reflectir como nos sentimos em relação a nós próprios no geral, e é reflectido na nossa vida em associações fortes entre as auto-avaliações do «Eu» físico e a Autoestima global (Fox, 1997).

Com o reconhecimento da multidimensionalidade do Autoconceito, o domínio físico Autoconceito tem ocupado uma posição única no auto-sistema, dado que o corpo, através da sua aparência, atributos e habilidades, proporciona uma representativa interface entre o indivíduo e o mundo.

Para Fox (2000) não é surpreendente que o Autoconceito físico tenha demonstrado de uma forma consistente, uma forte correlação com a Autoestima global no decorrer da vida. Aliás, para este autor, isto é amplamente explicado com avaliações da aparência física ou da imagem corporal mas também com competências físicas específicas, tais como a competência desportiva, o fitness percebido e a saúde mental. Um outro estudo citado por Fox (id.), indica que, o facto das autopercepções no domínio físico terem alcançado um papel tão importante, leva a considerar que tenham adquirido propriedades intrínsecas, por seu próprio direito, no bem-estar mental (Sonstroem & Potts, 1996).

#### **2.4.1) Importância do Exercício Físico no desenvolvimento do Autoconceito Físico**

O exercício físico tem mostrado produzir no corpo alterações funcionais positivas e significantes a curto e a longo prazo (Mutrie, 1997). Para este autor existem muitas e variadas áreas no curso da vida, nas quais o exercício físico pode ter uma influência positiva no Autoconceito Físico. Segundo este mesmo autor, os indivíduos submetidos a tratamento por condições médicas, que lidem com doenças crónicas, ou que passem por eventos reprodutivos ou pelo processo de envelhecimento, talvez beneficiem psicologicamente por envolver-se em programas de exercício físico regular. Nas populações especiais, as pesquisas têm-se focado no uso de desportos competitivos e exercícios aeróbicos como forma de ajudar esses

indivíduos (Monnazzi, 1982, citado por Campbell, 1995). Existem muitas outras condições crônicas, tais como, obesidade, hipertensão, cancro, epilepsia, entre outras, que já detêm algum suporte, em termos de literatura, para o papel positivo do exercício físico no tratamento. Contudo, também é claro que na maioria das áreas, são requeridas pesquisas mais controladas para estabelecer se o indivíduo pode ou não beneficiar psicologicamente com a prática de actividade física.

Fox (in press), numa pesquisa efectuada no âmbito das Autopercepções, tendo em conta considerações descritas na literatura existente, sintetiza uma generalidade de indicações:

- A Actividade física pode ser usada como um meio para promover a autovalorização física e outras importantes autopercepções no domínio físico, tais como imagem corporal. 78% dos estudos indicam significantes alterações;
- Em algumas situações verifica-se um aumento da Autoestima, no entanto metade dos estudos não mostram alterações. Uma melhoria na Autoestima não é claramente um resultado auferido directamente através de programas de actividade física, no entanto isto pode acontecer com *algum* tipo de exercício realizado e em *algumas* pessoas;
- Os efeitos positivos podem ser experienciados por todos os grupos etários, mas existem alterações mais evidentes em crianças e adultos de média idade;
- Os efeitos positivos podem ser experienciados por indivíduos de ambos os géneros;
- Os efeitos são provavelmente maiores nos indivíduos com baixa Autoestima;
- Vários tipos de exercício são efectivos em alterar as autopercepções, mas existe um suporte mais evidente nos exercícios aeróbios e exercícios para perda de peso, aliás estes últimos indicando maior efectividade num curto termo.

A exígua literatura sugere que o aumento da Autoestima é possível através do aumento da participação em actividades físicas mas estes efeitos são inconsistentes. Segundo Carless e Fox (2003) esta descoberta não deveria ser surpreendente, uma vez que a Autoestima global baseia-se numa variedade de outros domínios do «Eu», sendo por isso para Fox (2000), talvez irrealístico ter expectativas maiores quanto a uma substancial influência da Autoestima através da típica intervenção com programas de treino que perduram tipicamente 10 a 12 semanas. Contudo, pesquisas mais recentes têm apontado para uma proposição mais provável, argumentando que a

participação em actividades físicas poderão influenciar as autopercepções no domínio físico.

A Autoestima é um constructo relativamente estável, sendo o resultado duma fórmula com base em diversos momentos da vida. As referências de um efeito fraco na Autoestima e um efeito forte nas autopercepções no domínio físico devido à participação em actividades físicas estão em linha com o raciocínio teórico. Estas descobertas são conduzidas e suportadas pelo modelo de Sonstroem e Morgan (1989), sendo particularmente evidente que, elementos da Autopercepção no domínio físico, tais como a auto-valorização física, acarretam por si próprias propriedades no bem-estar mental.

Nos últimos anos grandes avanços têm sido conseguidos na fundamentação teórica e nos instrumentos de avaliação do «Eu», no entanto, isto não transparece manifestamente no contexto da literatura apologista dos efeitos da actividade física na Autoestima. Isto pode ser em termos práticos e clínicos muito importante, tal como há algumas evidências que interligam directamente a Autopercepção física com o bem-estar mental. Resta assim muitos desafios para os investigadores desta área, que permanece muito limitada tanto em extensão como em qualidade. Existem suficientes certezas do impacto do exercício no contexto das autopercepções no domínio físico, quanto à influência no contexto da Autoestima as evidências ainda não são substanciais.

Se isto for substanciado complementarmente com mais pesquisa, então torna-se claro que as construções do Autoconceito físico devem ser usadas como alvos centrais nos programas de exercício físico, pois parece ser tremendo o potencial da actividade física para alterar a forma das pessoas se verem a elas próprias. Carless e Fox (2003) acrescenta ainda que esta proposição pode generalizar-se para o contexto da alteração da Autoestima global ou do bem-estar, mas dentro de certas circunstâncias e com certas pessoas.

## **2.5) IMAGEM CORPORAL E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM**

A Autoestima, componente avaliativa do Autoconceito, está em parte dependente da satisfação com a imagem corporal. A imagem corporal é um fenómeno multidimensional que tem sido definido de uma forma variável. É um constructo que tem recebido bastante atenção pelos investigadores (Cash, 1990).

Fisher (1990) define a imagem corporal como “ a experiência psicológica do nosso próprio corpo”. Outra perspectiva é sugerida por Cash (1990) que a designa como “a vista de dentro”. Outros autores, como McCrea, Summerfield, e Rosen (1982) defendem uma concepção mais genérica da imagem corporal, “a subjectiva avaliação do nosso próprio corpo e as atitudes e sentimentos associados”. Fox (1997) refere ainda Autoimagem (imagem corporal) como uma representação mental que o indivíduo tem do seu corpo.

Slade (1994, citado por Taleporos & McCabe, 2001) define imagem corporal como “ 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 diversas situações da vida. Também considera a Imagem Corporal como um constructo multidimensional, tal como Fisher (1990), compreendido entre uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva que, por sua vez, determinam a Autoestima Corporal.

Com base na perspectiva hierárquica da Autoestima, Shavelson, Hubner, e Stanton (1976) consideram a Autoestima Corporal como uma dimensão mais baixa, entre outros constructos, da Autoestima Global. Para Davis (1997), a Imagem Corporal, ou seja, a maneira como nós vemos o nosso corpo e a representação mental que temos deste, forma uma parte integral da nossa autoestima corporal e da nossa Autovalorização geral. A Autoestima Corporal, tal como foi conceptualizada anteriormente, refere-se a todas as avaliações positivas e negativas do corpo (Mayer & Eisenberg, 1988).

Muita da pesquisa centralizada no estudo da Imagem Corporal focalizou-se na avaliação de satisfações subjectivas com diversas partes do corpo (Mahoney & Finch, 1976) e chegaram à conclusão que variáveis físicas – tais como, peso e altura – carregam um importante papel na forma a dar à Imagem Corporal (Cash, 1990).

De acordo com Bruchon-Schweitzer (1990), uma imagem corporal favorável está associada a um ajuste emocional do indivíduo. Para além disto, se o resultado da satisfação corporal não for afectado pela dissimulação, é ligeiramente contaminado pela atracção social, que representa uma polarização mais ténue do deslocamento da resposta. A atracção social, tal como foi medida pela escala de Crowne e Marlowe compreende duas componentes: auto-decepção e gestão da impressão (Paulhus, 1984). Neste estudo, os autores apontam para uma ligação mais forte entre a satisfação corporal e a componente auto-decepção da atracção social. Encontraram

também correlações sugerindo que a satisfação corporal encontra-se associada ao estado de saúde. No entanto, as ligações entre satisfação corporal e atracção social, e os caminhos entre personalidade, imagem corporal, atitudes defensivas e estados de saúde, deveriam ser sujeitos a mais investigação.

Em complemento dos diversos efeitos que as circunstâncias sociais e ambientais detêm na formação de diversos conceitos da Imagem Corporal, outros factores são influentes na determinação das percepções da Imagem Corporal. Isto pode ser caracterizado, por condições biológicas mas também por outros factores ou tendências que fazem parte da unicidade psicossocial da personalidade de cada indivíduo, tal como a prática desportiva e os motivos que levam o indivíduo a realizar actividade física. Neste contexto, é interessante referir que para alguns autores (Garner et al., 1985; Mishkind et al. 1986; Silberstein et al., 1988), existem boas evidências para considerar que as mulheres realizam exercício físico mais por causa da aparência do que pelos benefícios na saúde que estão associados à actividade física. Um outro estudo de Huddy, Niemn, e Johnson (1993), administrando um questionário de Imagem Corporal desenvolvido pelo investigador principal deste estudo, faz referência ao facto de atletas masculinos, em média, possuírem resultados superiores de Imagem Corporal do que estudantes não atletas. O possível efeito das actividades desportivas na Imagem Corporal, indicado anteriormente, leva-nos a considerar a importância desta referência.

## **2.6) INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO**

Apesar de ser consensual associar à prática regular de actividade física diversos benefícios de natureza psicológica, a investigação no domínio das autopercepções físicas pode considerar-se ainda como insuficiente.

Nos últimos 10-15 anos, a Autoestima tem sofrido alguns desenvolvimentos dando lugar a diferentes teorias e diversos instrumentos de medida. No entanto, a complexidade de avaliar e interpretar nesta área tem resultado num número insignificante de estudos bem reconhecidos, que contudo não são suficientes para ultrapassar a negligência desta área, fundamentalmente devido à escassez de instrumentos fiáveis e válidos para proceder à caracterização e avaliação do modo como os indivíduos percebem a sua dimensão física. Porém, nos últimos anos foram desenvolvidos alguns instrumentos que têm vindo a revelar-se como fiáveis e válidos



para esse fim, contribuindo, desse modo, para o desenvolvimento do conhecimento neste domínio.

O modelo hierárquico do Autoconceito promoveu as bases para a descoberta de vários instrumentos que não foram consistentemente fiáveis ou válidos até meados dos anos oitenta, quando Marsh e os seus colaboradores (Marsh, Barnes, Cairnes, e Tidman, 1984) desenvolveram o *Self-Description Questionnaire* (SDQ) para promover um teste ao modelo hierárquico de Shavelson et al. (1976) e algumas modificações posteriores (Marsh & Shavelson, 1985). Três versões são avaliáveis, o que inclui o SDQ-I (Marsh e Shavelson, 1984) para pré-adolescentes, o SDQ-II para adolescentes (Marsh, Parker, & Barnes, 1985), e o SDQ-III para jovens adultos (Marsh e O'Neill, 1984). O SDQ-III de Marsh distingue diferentes escalas do Autoconceito, e tem sido consideravelmente utilizado para avaliar a validade dos constructos do modelo apresentado por Shavelson et al. (1976). Adoptando o perfil de aproximação, as séries do SDQ medem elementos específicos do Autoconceito através dos domínios académico, social, físico e emocional. Marsh e Richards (1988) descobriram que a escala física deste instrumento combinava componentes distintas, tais como, competência física, aparência física, sexualidade e saúde física, sendo o Autoconceito físico composto por duas subescalas: Aparência Física e Competência Física (Marsh, 1998).

As versões do SDQ têm sido extensivamente utilizadas neste campo de pesquisa, particularmente usando novas técnicas de análise covariância com intuito de testar o modelo supracitado.

Outro instrumento que se tem destacado positivamente é o *Physical Self-Perception Profile* (PSPP). O PSPP, cujos autores se basearam em grande medida nos trabalhos de Susan Harter, possibilita aos inquiridos a indicação das suas percepções relativamente a si próprios no que concerne a vários aspectos do seu «Eu» físico. O PSPP é constituído por cinco escalas: *Competência Desportiva* (percepções acerca da capacidade desportiva e atlética, capacidade para aprender técnicas desportivas e confiança em contextos desportivos), *Condição Física* (percepções acerca do nível de condição física, resistência e fitness, capacidade para persistir na prática de actividade física e confiança em contextos de actividade física e fitness), *Aparência Física* (percepções acerca da atracção exercida nos outros pela sua figura ou físico, capacidade para manter um corpo atraente e confiança na aparência), *Força Física* (percepções acerca da força física, desenvolvimento

muscular e confiança em situações que exigem força) e *Auto-estima Física* (sentimentos generalizados de alegria, satisfação, orgulho, respeito e confiança no «eu físico»).

O PSPP ao permitir a avaliação simultânea de diferentes facetas do «Eu» físico, tem sido por vezes utilizado em combinação com um instrumento de avaliação da Autoestima global, como por exemplo, o Inventário de Autoestima de Rosenberg, fornecendo, desta forma, uma estrutura conceptual útil para a investigação dos mecanismos de modificação da Autoestima através da actividade física ou desportiva. Este questionário tem sido utilizado em diversos estudos e a sua fiabilidade e validade na avaliação das autopercepções dos indivíduos tem sido salientada por diversas vezes.

Outro instrumento emergiu com excelentes propriedades psicométricas para avaliar elementos da dimensão do «Eu» físico: o *Physical Self-Description Questionnaire* (PSDQ) de Marsh e seus colaboradores (Marsh, Richards, Johnson, Roche, & Tremayne, 1994). Este, contém oito subescalas para medir aspectos específicos da Autopercepção no domínio físico, do Autoconceito físico e do Autoconceito geral. Trata-se dum instrumento bastante similar ao PSPP, que abrange com o domínio físico, a multidimensionalidade e a hierarquia postulada do modelo de Shavelson et. al. (1976). Marsh não trouxe apenas um instrumento muito útil e promissor, pois o campo de pesquisa beneficiou extremamente com a sua perícia na aplicação de técnicas estatísticas avançadas para o desenvolvimento de instrumentos de medida do Autoconceito.

Sumariamente, o desenvolvimento de medidas de avaliação do Autoconceito físico tem avançado rapidamente e extensivamente nos últimos 20 anos. Desde estudos não fundamentados, utilizando medidas unidimensionais, mudámos em direcção ao perfil multidimensional que é compatível e comprovado em modelos hierárquicos que caracterizam vários níveis da Autoestima.

## **2.7) POPULAÇÕES ESPECIAIS**

### **2.7.1) Autopercepções e Autoestima – considerações gerais**

Carless e Fox (2003) enfatiza o facto de que, para investigar alterações mais pronunciadas nas autopercepções, é potencialmente efectivo considerar as experiências vividas pelas pessoas que enfrentam grandes desafios em termos de

limitações, doenças, e deficiências físicas. Isto porque, segundo o autor, alterações traumáticas, tais como situações cruciais na saúde têm, provavelmente, um impacto mais perceptível do «Eu» no bem-estar mental, em comparação com os efeitos mais graduais e incipientes encontrados na população geral. Embora seja esperado que existam alterações psicológicas mais negativas naqueles que experienciam os desafios mais sérios em termos de saúde, para Carless e Fox (2003), a relação causa – efeito não parece ser tão óbvia. Esta consideração tem sido referida em diversos contextos da saúde, tais como problemas cardíacos (Denollet & Brutsaer, 1998) e traumas (Ellis-Hill & Horn, 2000). Estas descobertas sugerem que, entre pessoas que tenham experienciado problemas maiores de saúde, o bem-estar mental é mais dependente de factores psicológicos individuais do que das diversas desordens ou incapacidades, ou seja, as interpretações subjectivas das desordens ou incapacidades são mais importantes nas alterações das autopercepções do que a incapacidade ou desordem por si mesma.

É impossível compreender alterações nas autopercepções sem o devido reconhecimento dos diversos factores envolvidos. Factores contextuais (origem da deficiência, influência paternal, género) sociais, ambientais e psicológicos influenciam o desenvolvimento da Autoestima e também a dimensão em que o indivíduo interpreta a desordem ou incapacidade (Imrie, 1997; Sherril, 1997). Estas considerações têm sido frequentemente negligenciadas na literatura antecedente.

A aparência física é talvez o factor mais importante na Autoestima global entre adolescentes (Wichstrom, 1998), contudo alguns estudos não encontraram diferenças na Autoestima de adolescentes saudáveis e adolescentes com incapacidades físicas crónicas (Lavigne & Faierroutman, 1992). A presença de uma deficiência física não implica, por si só, qualquer factor psicológico específico ou da personalidade (Sherril, 1997) que separe estes indivíduos da população geral. É mais provável que a combinação única de factores psicológicos de cada indivíduo determine se a deficiência tem um impacto positivo ou negativo nas autopercepções e na Autoestima. O resultado disto é que, por um lado, atletas com deficiência motora bem sucedidos experienciam crescimento, com a adversidade e considerando a sua inabilidade, como não mais do que o tipo de desafio que viveram, o que pode produzir uma autoestima mais elevada do que se poderia esperar. Enquanto que, por outro lado, indivíduos podem não ser capazes de ultrapassar o estigma social unido à incapacidade, resultando em níveis baixos de autoestima.

### **2.7.2) O estigma social**

Alguns autores argumentaram que o corpo dos indivíduos com deficiência motora é visto negativamente na nossa sociedade (Taleporos & McCabe, 2001). Stone (1995) alegou que a deficiência motora é percebida como uma condição para ser evitada tanto quanto possível. Lawrence (1991) também sugere que as características corporais presentes nos valores da nossa sociedade estão provavelmente menos presentes nos indivíduos com deficiência motora, incluindo o fitness físico, a realização desportiva e a “beleza corporal”, tal como é representada nos *media*. Uma alteração psíquica pode ser extremamente frustrante e desencorajadora para a estabilidade emocional do indivíduo e isto provoca provavelmente uma tensão emocional desagradável e inexorável. Estudos empíricos geralmente suportam a teoria de que esta situação, presumivelmente, envolve uma imagem corporal pobre e uma autoestima baixa em indivíduos com deficiência motora. Cromer, Enrile, McCoy, Gerhardstern, Fitzpark e Judis (1990) comprovam esta teoria com resultados inferiores nas subescalas relativas à imagem corporal e autoimagem de adolescentes com deficiência motora quando comparados com adolescentes sem deficiência.

Um estudo com 47 adultos do género masculino com lesões na espinal medula também destacou o impacto negativo da deficiência motora na imagem corporal (Romeo, Wanlass & Arenas, 1993). Os autores concluíram que a percepção e satisfação corporal relativa às capacidades corporais tinham um impacto geralmente negativo nestes indivíduos. Este estudo complementa o trabalho de Wolman et al. (1994) que sugeriu haver provavelmente uma relação negativa entre autoestima e deficiência motora.

Os resultados de um estudo de Taleporos e McCabe (2001) sugerem que o feedback do ambiente social é um poderoso mediador da Autoestima de indivíduos com deficiência motora. Em consonância com este estudo, a pesquisa no campo da deficiência motora e da autoestima refere que geralmente os indivíduos com deficiência motora possuem corpos que não se comportam da forma que as pessoas gostariam, o que possivelmente resulta em comportamentos sociais inaceitáveis que, por sua vez, são influenciados por sentimentos físicos e sexuais inactivos.

Contextos que promovam a interacção social podem ser limitados devidos a estigmas associados à deficiência (Benyman, James & Trader, 1991), em

consequência da inacessibilidade e da falta de transporte (Benyman et al., 1991; Coyle & Kinney, 1990).

### **2.7.3) A actividade física e o indivíduo com deficiência motora**

No que diz respeito às experiências dos indivíduos com deficiência motora existem dois aspectos do «Eu» que são difíceis de contestar – as percepções relativas às competências físicas (Auto físico) e as competências sociais (Auto social). Quando as expectativas sociais são baixas, em termos das capacidades físicas do corpo, as oportunidades de maximizar o potencial físico poderão ser limitadas. Como resultado, as autopercepções podem focalizar-se na deficiência e não na habilidade, levando a visões negativas de autopercepção física.

De acordo com um quadro de referências interaccionista, a autopercepção de indivíduos com deficiências são constituídos, confirmados e transformados através das suas interações com os outros (Williams, 1994). Nagler (1993) e Sherril (in press) defendem que, apesar das atitudes e crenças socialmente negativas, as quais conduzem frequentemente a uma visão dispotenciada do «Eu», os indivíduos com deficiência podem encontrar-se em contextos que desafiam o ponto de vista da sociedade relativamente à deficiência, proporcionando a estes indivíduos o desempenho de papéis socialmente válidos (Benyman et al., 1991).

Nas últimas décadas a sociedade tem testemunhado uma revolução na sua concepção de actividade física e saúde (Wankel, 1988). Profissionais do campo da saúde, depois de comprovarem os benefícios físicos, alegam que o exercício regular, pode ser efectivo, simultaneamente, tanto na prevenção de problemas emocionais, como no tratamento de problemas do campo da saúde mental (Morgan & Goldston, 1987).

Blinde e McClung, num estudo de 1997, consideraram que um modo potencial de melhorar as autopercepções destes indivíduos, consiste na participação em actividades desportivas e recreativas. Esta descoberta já tinha sido referenciada por pesquisas que exploraram estes efeitos qualitativos (Blinde & Taub, 1996; Greenwood, Dzewaltowski & French, 1990; Jackson & Fredickson, 1979; Valliant, Bezzubyk, Daley & Asu, 1985). Devido ao facto do corpo ser um mecanismo através do qual esta actividade se manifesta, a participação poderá afectar o Autoconceito físico (Goodling & Asken, 1987; Greenwood, et al., 1990; Hedrck, 1985; Tamb & Blinde, 1996). À medida que o desporto e as actividades recreativas decorrem no

contexto social, em interacção com outras e desencadeando experiências sociais, podem também aumentar as percepções do auto social (Brasile, 1990; Brasile, Kleiber & Harnisch, 1991).

Num estudo referido anteriormente (Blinde & McClung, 1997), os aspectos positivos adquiridos, através da análise das respostas obtidas, sugere que os indivíduos dão um realce especial ao sentido do controlo, tanto da sua vida física como social, resultando num mais elevado nível de Autoestima. O desenvolvimento de um senso do controlo pessoal tem sido frequentemente citado como consequência da participação em actividades recreativas para indivíduos com deficiência (Berryman et al., 1991; Searle, Mahon, Iso-Ahola, Sdrolias, & Van Dyck, 1995; Shank, Coyle, Boyd, & Kinney, 1996). Outros estudos demonstraram que os indivíduos com deficiência motora são mais bem dispostos (Campbell & Jones, 1994; Greenwood, Dzewaltowski & French, 1990; Paulsen, French & Sherril, 1990).

Contrapondo esta influência positiva da actividade física e recreativa, vários estudos (DePauw, 1990; Nixon, 1984; Sherrill & Williams, 1996; West, 1984) referenciaram indivíduos com deficiência motora que negaram com frequência oportunidades com qualidade para desenvolverem este tipo de participação desportiva.

Blinde e Taub (1996) e Nixon (1984) enfatizam o facto de, apesar das muitas vantagens físicas que podem advir da participação nestas actividades, estas mantêm-se fora do grupo de experiências normalmente vividas por este grupo de indivíduos, o que por sua vez, os impossibilita de experimentarem alguns dos benefícios sociais da participação no desporto e nas actividades recreativas.

O conhecimento dos benefícios reabilitativos do exercício físico, assim como o desenvolvimento do desporto competitivo para indivíduos discapitados, têm sido aspectos muito valiosos para o aumento do interesse neste campo de investigação (DePauw, 1986). A maioria da literatura encontrada considera os efeitos do exercício em termos físicos, no entanto, as implicações psicológicas têm sido relativamente pouco desenvolvidas (Asken & Goodling, 1986; Snyder, 1984). Inicialmente, alguns investigadores ao examinarem as implicações psicológicas da actividade física valorizaram mais o desporto competitivo e o exercício aeróbio como um meio de intervenção para ajudar os indivíduos discapitados a lidarem com a sua incapacidade física (Monnazzi, 1982) do que significando um ganho para o bem-estar psicológico.

Os factores como idade em que a deficiência é adquirida, causa e gravidade da deficiência motora precisam de ser explorados profundamente antes de poder ser concluído que a participação desportiva promove um bem-estar psicológico positivo. Estas investigações referentes aos benefícios psicológicos da actividade física nos indivíduos com deficiência motora têm ganho ímpeto nos anos mais recentes (Benson e Jones, 1992; Greenwood, Dzewaltowski & French, 1990; Paulsen, French & Sherrill, 1990).

### **2.7.3.1) Bem-estar psicológico em indivíduos atletas e não atletas**

Com a descoberta dos benefícios para a saúde promovidos pela actividade física também houve um aumento do número de indivíduos com deficiências físicas envolvidos no desporto (Cmpton, Eisenman, & Henderson, 1989).

Um estudo de Henschen, Horvat, e French (1984) usando o *Profile of Mood States* (POMS) de McNair, Lorr, e Droppleman (1971) e o Inventário de estado da Ansiedade-traço de Spielberger, Gorsuch, e Lushene (1970) sugere que atletas em cadeira de rodas manifestaram um “perfil de iceberg” similar ao descrito por Morgan (1980) com atletas de elite sem deficiência (ou seja, resultados relativos ao vigor acima dos valores médios e nos outros estados verificaram-se resultados abaixo dos valores médios).

Os resultados de Henschen et al. (1984) alvitram que atletas em cadeira de rodas tinham valores mais baixos de estados e traços de ansiedade do que os valores médios de adultos e estudantes (Morgan & Pollock, 1977), contudo, não foram fornecidas análises estatísticas. Mais tarde, outro estudo (Horvat et tal., 1986) veio suportar as fundamentações relatadas por Henschen et al. (1984); assim, atletas em cadeira de rodas exibiram um “perfil de iceberg” similar para atletas do género masculino e feminino com deficiência motora.

A debilidade dos estudos precedentes nesta área tem como causa a comparação dos estados de humor de atletas em cadeira de rodas com atletas ditos “normais” e com valores médios de estudantes. Apenas na década de 90 surgiram estudos que consideraram os perfis psicológicos de indivíduos participantes em desportos de cadeira de rodas e indivíduos não participantes (Greenwood et al., 1990; Paulsen et al., 1990). Greenwood et al. (id.) chegaram a resultados que sugeriam que participantes em Ténis de cadeira de rodas tinham estados mais positivos do que os indivíduos em cadeira de rodas não participantes. Os resultados das duas escalas de

Autoestima sugeriam que a mobilidade dos indivíduos que participavam no ténis era mais confiante, tanto em termos das habilidades de performance neste desporto, como na generalidade das tarefas. Os estudos de Paulsen et al. (1990) utilizaram o POMS para mostrarem que, inesperadamente, ambos atletas e não atletas de Basquetebol em cadeira de rodas exibiam um “perfil de iceberg”. Estes autores supuseram que estes resultados poderiam derivar da adversidade de crescimento, e do modo como os sujeitos devem ter superado muitos problemas provocados pela sua inabilidade. Os resultados deste estudo também indicaram que o grupo de atletas participantes no Basquetebol em cadeira de rodas tinha níveis significativamente inferiores de depressão do que os indivíduos não-atletas. Pausen et al. (id.) acreditava que este facto suportava a proposição de que a participação em actividades desportivas promovia a saúde mental.

Como informação complementar, existe um número insignificante de literaturas que estudaram a dualidade causa-efeito da competição desportiva sobre o bem-estar psicológico de participantes em desportos de cadeira de rodas (Morgan, Brown, Raglin, O'Connor, & Ellickson, 1987; Morgan & Johnson, 1978).

Um dos estudos que se preocupou com esta problematização foi o de Campbell e Jones (1994). Os resultados eram consistentes com a literatura precedente considerando que indivíduos com incapacidade física que participam em actividade desportiva tinham níveis mais elevados de bem-estar quando comparados com não participantes (Greenwood et al., 1990; Henschen et al., 1984; Horvat et al., 1986). As análises das respostas ao POMS revelaram que indivíduos com deficiência motora participantes em actividades desportivas obtiveram estados positivos em todas as variáveis de estados (tensão, depressão, raiva, vigor, fadiga, confusão) de ansiedade-traço, de autoestima, de mestria e de autopercepções (saúde, bem-estar), à excepção da fadiga. Por outro lado, os indivíduos em cadeira de rodas não-atletas tinham níveis de raiva mais elevados do que os indivíduos em cadeira de rodas participantes (Morgan & Pollock, 1977), e assim suportavam os resultados de Greenwood et al. (1990) e Henschen et al. (1984). Aliás, Henschen et al. (1984) sugeriram que a raiva intensa poderia estar relacionada com o facto dos indivíduos em cadeira de rodas frequentemente apreendem os seus ambientes como frustrantes e stressantes. Em complemento, níveis elevados de raiva exibidos por indivíduos em cadeira de rodas têm sido sugeridos como estando inter-ligados com sentimentos de frustração associados especificamente com a sua inabilidade (Werner-Beland, 1980).



Os resultados elevados em termos de mestria nos indivíduos participantes eram provavelmente uma causa das capacidades físicas adquiridas com a participação desportiva que eram transferidas para a vida quotidiana. Os participantes em desportos de cadeira de rodas também mostraram mais autopercepções positivas de saúde e bem-estar, suportando estes resultados trabalhos anteriores (Greenwood et al., 1990) que apontavam para que, quanto mais fortes fossem as sensações de eficácia do indivíduo em tarefas físicas, mais positivas seriam as percepções de bem-estar psicológico.

### **2.7.3.2) Variáveis que influenciam o bem-estar psicológico dos indivíduos praticantes de actividade física**

#### **2.7.3.2.1) Origem da deficiência**

Hopper (1984) mostrou, num dos seus estudos, uma relação entre Autoestima, gravidade da deficiência física e a idade em que o indivíduo adquiria a inabilidade, chegando à conclusão que, quanto mais grave fosse a incapacidade física, mais baixa era a Autoestima do indivíduo, e quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo. Contudo, este estudo apresentava algumas limitações, pois só considerava uma variável, a Autoestima, como medida do bem-estar psicológico. E como suplemento, Hopper não especificou como se operacionalizava o sucesso desportivo.

Outro autor (Zoerink, 1992, citado por Campbell, 1995) refere que indivíduos com disfunções congénitas têm menos experiências desportivas enquanto novos e eram mais dependentes de outros agentes sociais, como fisioterapeutas, membros familiares e outros atletas com disfunções, para os atrair e manter o seu interesse no desporto, do que indivíduos com deficiências adquiridas. Os resultados do presente estudo suportavam a hipótese considerada de que os sujeitos com disfunções congénitas apresentavam maior ansiedade, maior imperfeição e menor Autoestima, do que aqueles com disfunções adquiridas. Estes resultados suportam a sugestão de Wright (1983), citado por Campbell (1995), que diz que pessoas com deficiências adquiridas à nascença apresentam menos capacidade, independência e skills pessoais para ultrapassar situações stressantes.

Outra hipótese explicativa no âmbito da origem da deficiência denomina-se “crescer através de adversidade” (Glueckauf & Quittner, 1984; Sherrill, Silliman,

Gench & Hinson, 1990), pois sugere que indivíduos com disfunções adquiridas mais tarde na vida têm de desenvolver melhores skills de superação que lhes permite confrontar e aceitar as suas incapacidades. Os skills de superação desenvolvidos nestas condições podem ser usados para realçar o seu bem-estar psicológico (Campbell, 1995).

#### **2.7.3.2.2) Nível competitivo**

No estudo de Campbell e Jones (1994), com uma amostra de 93 participantes em desportos de cadeira de rodas de vários níveis competitivos e 29 não-participantes, foi possível determinar se o bem-estar psicológico dos participantes em desportos de cadeira de rodas era influenciado pelo nível competitivo. Os resultados mostraram que o único estado que mostrou diferenças significativas entre os diferentes grupos de indivíduos com níveis competitivos distintos foi o vigor; os atletas internacionais tinham níveis mais elevados de vigor do que os atletas nacionais e recreacionais. Não deixa de ser interessante o facto de não se evidenciar diferenças entre os grupos de indivíduos com níveis competitivos distintos em termos de estado de tensão, depressão, raiva, fadiga e confusão. Segundo o mesmo autor isto poderia sugerir que um estado positivo é ganho puramente da participação desportiva e não seria dependente do nível competitivo. Da mesma forma, os resultados de um estudo de Hopper (1984) ilustraram que não existia nenhuma relação considerando o sucesso desportivo e a Autoestima, pois esta aumentava quanto mais tempo o indivíduo participasse no desporto adaptado, não sendo influenciada pelo nível competitivo.

Por outro lado, nesse mesmo estudo, Campbell e Jones (1994) verificaram que a ansiedade-traço dos atletas internacionais era menos significante do que dos grupos de participantes em níveis competitivos regionais e recreacionais. Os resultados fortalecem as suposições de Horvat et al. (1986), pois para performances superiores, níveis mais baixos de ansiedade-traço são considerados, o que significa que, provavelmente, a ansiedade é insuficiente para influenciar a performance em situações stressantes. O nível competitivo é assim um importante factor no bem-estar psicológico desses atletas (Campbell, 1995). No entanto, uma questão que este estudo de Campbell e Jones (1994) não responde e que não deixa de ser relevante é se os indivíduos considerados aprenderam a controlar as suas reacções de ansiedade em situações competitivas ou se é uma disposição que estes indivíduos possuem de

uma forma inata. Este estudo chegou ainda a mais resultados: atletas internacionais têm níveis mais elevados de Autoestima. Uma possível explicação é que o sucesso no desporto em cadeira de rodas ajudou a desenvolver a Autoestima de atletas internacionais neste contexto de desporto adaptado. Isto poderia suportar a sugestão de Bandura (1984) que a performance bem sucedida é muito importante para uma elevada auto-eficácia. Contudo, este estudo não permite o estabelecimento de uma causa-efeito determinada; assim, ser um atleta internacional causa uma Autoestima elevada ou indivíduos com autoestima elevada tornam-se atletas internacionais? Somente desenvolvendo novas investigações, para compreender os factores psicológicos ao nível do indivíduo, seremos capazes de responder a questões práticas de quando e sob que circunstâncias as pessoas beneficiam em termos de autoestima determinada pelo nível competitivo de actividade física.

#### **2.7.4) Caracterização da Paralisia Cerebral**

A etiologia da Paralisia cerebral é muito variada, incluindo tudo o que pode causar danos no cérebro imaturo (Sherrill, 1998). O termo “cerebral” refere-se ao cérebro e “paralisia” refere-se a uma desordem ao nível do movimento e da postura. Uma questão discutida já há algum tempo diz respeito à denominação da própria deficiência, pois paralisia significa ausência de movimento, e tal facto não corresponde à verdadeira situação em causa. Na realidade verifica-se sim uma parésia, isto é, uma diminuição parcial, “uma descoordenação e/ou movimentos involuntários” (Ingram, 1984, citado por Rodrigues, 1989), pelo que “Disfunção Motora de Origem Intracraniana Precoce” seja a designação assinalada como mais correcta (Rodrigues, 1983).

A paralisia cerebral define-se como uma desordem neurológica crónica de movimento e postura causada por uma lesão nas áreas do controlo motor do cérebro, quando este se encontra numa fase imatura, acompanhada e associada com disfunções (Sudden & Keogh, 1990, citado por Sherrill, 1998). Não é hereditária, contagiosa ou progressiva e resulta de uma miríade de causas que podem ocorrer na fase pré-natal, natal ou pós-natal, ainda que cerca de 90% dos casos ocorram antes ou durante o nascimento (Sherrill, 1998). Na fase pré-natal, algumas das causas mais comuns são infecções maternas (tais como, Rubéola, Sida, herpes), toxinas químicas (por exemplo: álcool, tabaco, drogas prescritivas e não prescritivas), ou ainda

traumatismos na mãe que afectaram o desenvolvimento fetal. Pode ainda ser causada por prematuridade, traumas à nascença, situações que se caracterizam pela privação de Oxigénio (anoxia, hipoxia, asfixia), meningites, envenenamento, tumores ou hemorragias cerebrais, e outras formas de traumatismos cerebrais que podem resultar de acidentes ou abuso. É interessante referenciar que as crianças prematuras têm cinco vezes mais probabilidade de adquirir Paralisia cerebral (Winnick, 2000), assim como a ocorrência de peso reduzido à nascença, também aumenta a incidência da deficiência (Sherrill, 1998). A Paralisia cerebral adquirida resulta geralmente de infecções cerebrais (encefalites, meningites), traumatismos cranianos resultantes de acidentes ou maus-tratos corporais em crianças, toxinas químicas (inspiradas ou ingeridas) ou situações de privação de oxigénio (anoxia e hipoxia).

A deficiência em causa manifesta-se numa perda de capacidade ao nível do controlo sobre a musculatura voluntária, e dependendo da localização e da intensidade de danos no cérebro, os sintomas podem variar extensamente, desde severos (total inabilidade no controlo dos movimentos corporais), até muito suaves (apenas uma ligeira incapacidade no discurso).

As lesões no cérebro contribuem para um desenvolvimento psicomotor anormal na maioria dos indivíduos; isto resulta numa dificuldade coordenativa que integra padrões motores básicos. Raramente os danos são isolados numa pequena porção do cérebro, e por esta razão, o indivíduo geralmente exhibe uma multiplicidade de outras incapacidades, as quais podem incluir problemas de apreensão, desordens ao nível do discurso e da linguagem, incapacidades sensoriais, especialmente aquelas que envolvem um controlo visual – motor, sensações e percepções anormais, e atraso mental. Durante os primeiros meses, estes atrasos no desenvolvimento motor podem ser o único sinal da ocorrência de lesão cerebral.

Em Portugal ainda não se tem uma resposta documentada com números definitivos quanto à incidência da paralisia cerebral na população portuguesa. De acordo com Sherrill (1998), nos Estados Unidos da América a paralisia cerebral tem uma incidência aproximada de 7 em 1000 nascimentos, e a prevalência é de 500 casos em cada 100 000 pessoas. A condição é mais comum entre os homens do que entre mulheres, e também no primeiro nascimento (Sherrill, id.).

#### **2.7.4.1) Classificação da Paralisia Cerebral**

Com o passar dos anos, os esquemas classificativos da paralisia cerebral foram evoluindo, de acordo com diferentes perspectivas: topográfica (local anatómico), neuromotora (médica) e funcional (a mais recente classificação).

A topográfica é baseada nos segmentos corporais afectados. As classes incluem:

**a) Monoplégia** – Envolvimento de apenas um membro do corpo; é muito rara e geralmente torna-se mais tarde uma hemiplegia; **b) Diplegia** – maior envolvimento de ambos os membros inferiores e menor envolvimento de ambos os membros superiores; **c) Hemiplegia** – envolvimento de um dos lados do corpo correspondendo ao membro superior e inferior do mesmo lado; **d) Paraplegia** – envolvimento apenas dos membros inferiores; **e) Triplégia** – quaisquer três membros envolvidos (trata-se de uma rara ocorrência); **f) Diplégia** – Envolve o corpo inteiro, no entanto, a parte inferior está mais afectada que a superior. **g) Dupla hemiplégia** – Todo o corpo está afectado, porém os membros superiores mais que os inferiores; **h) Quadriplegia ou Tetraplegia** – também conhecida como completo envolvimento corporal (todos os membros, cabeça, pescoço e tronco)

A classificação neuromotora foi sujeita a várias revisões ao longo dos anos. Actualmente, existem três tipos convencionados. No entanto, é importante referir que as características descritas em cada tipo podem sobrepor-se a outras específicas dos outros tipos; não são tão distintas como apenas uma poderia assumir-se.

**Espasticidade** – a mais comum das desordens motoras (segundo Sherrill [1998], 65% dos casos de paralisia cerebral tem este tipo de desordem predominante), resulta duma lesão no córtex motor e caracteriza-se pelo aumento do tónus muscular (hipertonicidade) durante os movimentos voluntários (Winnick, 2000), o que faz com que os músculos pareçam duros. Verifica-se assim uma falta de controlo dos movimentos voluntários, como consequência da contracção simultânea de músculos flexores e extensores. A espasticidade está associada à força exagerada e com reflexos de estiramento hiperactivos. Devido ao aumento das contracções musculares, os movimentos são restritos em amplitude e requerem excessivo esforço. Deste modo, os indivíduos com paralisia cerebral deste tipo podem ter dificuldades em correr, saltar e lançar correctamente. Atraso mental, problemas de apreensão e desordens perceptuais são mais comuns na espasticidade do que nos outros tipos de paralisia cerebral.

**Atetose** – Esta condição é a segunda mais comum nos casos de paralisia cerebral (25% dos casos, segundo Sherrill (1998)). Neste caso, a lesão situa-se ao nível dos gânglios basais do cérebro (núcleo caudado e putamén). Caracteriza-se por apresentar um tónus muscular instável e flutuante, que é por vezes hipertónico e outras hipotónico, cuja amplitude pode variar enormemente. O tónus postural de sustentação é deficiente não podendo manter uma posição estável, pois a flutuação afecta tipicamente os músculos que controlam a cabeça, o pescoço, os membros e o tronco. As expressões faciais, como comer e falar são as maiores dificuldades (Sherrill, 1998). Existem vários tipos de atetose que ocorrem no indivíduo com a idade, o mais comum é a distonia (tónus muscular flutuante).

**Ataxia** – ocorre somente em cerca de 10% dos casos de paralisia cerebral. É uma lesão situada no cerebelo, que origina uma alteração da coordenação dos movimentos e do controlo postural (os músculos mostram níveis anormais de hipotonicidade). Normalmente não é diagnosticada antes da criança tentar andar. Os indivíduos com este tipo de paralisia cerebral demonstram grande medo de perder o equilíbrio, o que se vai reflectir numa locomoção lenta e cuidadosa, as quedas são frequentes e há uma grande dificuldade nos *skills* e nos padrões motores básicos, especialmente nas actividades motoras como correr e saltar (Winnick, 2000).

A classificação funcional tem uma implicação importante no campo da educação e do desporto, dado que os indivíduos são categorizados numa tentativa de igualar os níveis de habilidade. De acordo com este sistema de classificação, as pessoas são incluídas numa das oito classes, tendo em conta a severidade do handicap, caracterizando-se da seguinte forma<sup>2</sup>:

**Classe I** – espasticidade severa e/ou atetose com um fraco nível funcional de movimento e força em todas as extremidades; controlo débil ou não existente do tronco; **Classe II** – quadriplegia severa a moderada, espasticidade e/ou atetose; fraco nível funcional de força em todas as extremidades e fraco controlo do tronco; **Classe III** – quadriplegia ou triplegia moderada; hemiplegia severa; força normal num dos membros superiores; **Classe IV** – diplegia moderada a severa; boa força funcional e mínimo controlo dos problemas nas extremidades superiores e torso; **Classe V** – diplegia ou hemiplegia moderada a severa; moderada a severa envolvimento numa

---

<sup>2</sup> Adaptado da UCPAA, 1997, United Cerebral Palsy Athletic Association Classification and Sport Manual, 5th ed, cit in Winnick, 2000.

ou em ambas as pernas; boa força funcional; bom equilíbrio com utensílios complementares; **Classe VI** – quadriplegia moderada a severa (espasticidade, atetose ou ataxia); tónus muscular flutuante produzindo movimentos involuntários no tronco e nos membros; bom envolvimento do membro superior com espasticidade/atetose presente; **Classe VII** – hemiplegia moderada a mínima espasticidade; boa habilidade funcional num dos lados não afectados; **Classe VIII** – hemiplegia, monoplegia, diplegia ou quadriplegia mínima; podem ter problemas de coordenação mínimos; bom equilíbrio.

#### **2.7.4.2) Benefícios da actividade física no indivíduo com paralisia cerebral**

Segundo Sugden e Keogh (1990), “paralisia cerebral” é definida como um transtorno invariável da postura, da força e do movimento devido a uma disfunção no cérebro antes do final do seu crescimento e desenvolvimento. As pessoas com paralisia cerebral são, provavelmente, as que mais são prejudicadas, em decorrência da supervalorização das habilidades intelectuais pela sociedade (Telford, 1984; Glat, 1989). Enquanto que as pessoas com deficiência física e deficiência sensorial integram-se gradualmente na vida comunitária, ainda persistem, em grau mais elevado, preconceitos em relação às que possuem paralisia cerebral (Martins, 1996).

A procura de melhoria na qualidade de vida tem levado nos últimos anos as pessoas com deficiência a procurar a prática de diferentes desportos, visando melhorar o seu bem-estar físico e psicológico. Assim diversos estudos têm sido realizados, especialmente a partir da década de 70, demonstrando os efeitos benéficos da actividade física nas diversas doenças e as respostas fisiológicas aos exercícios nesta população (Shepard, 1990; Climstein et al., Pitetti, 1993; Booth, 1994).

De acordo com Winnick e Short (1999a), indivíduos com paralisia cerebral podem ter habilidade para suportar actividade física moderada (funcionamento aeróbico), ter composições corporais consistentes com estado de saúde e possuir funções musculares (força muscular, endurance e flexibilidade) de tal forma que a participação numa variedade de actividades desportivas e de lazer sejam benéficas e possíveis. A actividade física bem como todas as diferentes formas de desporto são de grande importância para os indivíduos com deficiência motora, tal como já foi referido anteriormente (ver item 7.3), e também o são para os indivíduos com

paralisia cerebral. As vantagens que daí advêm são inúmeras repercutindo-se na reabilitação do indivíduo, isto é, no desenvolvimento máximo das suas capacidades (Rodrigues, 1984), nos diferentes âmbitos do desenvolvimento motor, psicossocial; a nível do bem-estar físico, social, recreativo, psicológico e terapêutico. Em última análise reflectem o poder e as muitas facetas de um ser humano com deficiência.

Os objectivos do desporto nesta população reflectem, em geral, os mesmos princípios que os dos indivíduos não deficientes e que o dos indivíduos com outras deficiências motoras. No entanto, é de salientar como componentes fundamentais dessa actividade, a alegria no movimento, o prazer e o gosto na competição e por último, a satisfação e procura constante e saudável de uma melhoria da própria actuação (Klapwijk, 1982). Também Rodrigues (1984) refere que o principal objectivo do desporto é proporcionar, antes de mais, uma actividade agradável e afectivamente gratificante a quem o pratica.

Mais ofertas por todo o mundo têm de ser direccionadas para persuadir os indivíduos com Paralisia cerebral para a prática de actividade desportiva de natureza competitiva e recreacional, fornecendo oportunidades para a auto-actualização ao longo da vida (Lugo, Sherrill & Pizarro, 1992; Sherril & Rainbolt, 1986, 1988, citados por Sherril, 1998).



## **CAPÍTULO III**

# **MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

Após o enquadramento teórico dos diversos conceitos implícitos nesta investigação, assim como uma revisão geral dos vários autores que se debruçaram sobre esta área de estudo, passamos a apresentar os procedimentos metodológicos adoptados no presente estudo.

No capítulo da metodologia procederemos à caracterização da amostra, à descrição e caracterização dos instrumentos de medida e ainda à descrição dos procedimentos efectuados no tratamento estatístico dos dados recolhidos.

### **3.1) CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Para a realização deste estudo contámos com a participação de sessenta e quatro (N = 64) indivíduos com paralisia cerebral, dos quais 50 são indivíduos do género masculino e 14 do género feminino. Dos indivíduos que constituem a amostra, 18 praticam actividade física ocasionalmente e 46 são atletas que praticam actividade física regularmente. Destes, 30 são atletas que competem a nível nacional e 16 são atletas que competem a nível internacional e paralímpico. As idades estão compreendidas entre os 15 e os 44 anos, sendo a média de idades e desvio padrão do género masculino de  $27,82 \pm 9,00$  anos e do género feminino de  $31,00 \pm 7,69$  anos. Dos 46 atletas, 18 são praticantes de Boccia, 26 de Futebol e 2 de Natação.

Os participantes integrados neste estudo provêm de diversas instituições ligadas à prática desportiva adaptada, como é o caso do Futebol Clube do Porto, do Boavista Futebol Clube, do Centro de Reabilitação Profissional Gaia e de vários Núcleos da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, mais propriamente a APPC - Núcleo Regional de Coimbra, APPC – Núcleo Regional do Sul, APPC – Núcleo de Braga, APPC – Núcleo Regional de Lisboa.

## **3.2) INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

### **3.2.1) Instrumentarium**

Para a realização do presente estudo foi aplicado à população em estudo uma bateria de testes, constituída por instrumentos de medida visando a avaliação das Autopercepções no domínio físico, a Escala de Autoconceito Físico de Marsh & O'Neill (1984) – versão reduzida do *Self Description Questionnaire III*; a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) – *Self Esteem Scale*; o Questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer (1987) – *French Body-Image Questionnaire*, complementados com uma ficha de caracterização individual. Estes instrumentos foram seleccionados tendo em conta as características específicas da população e as diferentes variáveis a analisar no nosso estudo.

#### **3.2.1.1) Ficha de caracterização individual**

Recorremos a uma ficha de resposta aberta como parte integrante da bateria de testes, de forma a possibilitar o conhecimento das características de cada participante neste estudo. Esta ficha proporciona-nos dados importantes e pertinentes para caracterização da amostra, nomeadamente:

- Dados biográficos: nome, idade, data de nascimento, sexo, estado civil, profissão/actividade;
- Dados relativos à deficiência: tipo de deficiência; tipo de lesão; nível/classe de lesão;
- Dados relativos ao tipo de prática desportiva - os participantes respondiam às seguintes questões: qual a modalidade; anos de prática; frequência de prática; nível competitivo;
- Outros dados: local e data de recolha da informação.

#### **3.2.1.2) Escala de Autoconceito Físico (versão reduzida do SDQIII)**

Do *Self Description Questionnaire III*, elaborado por Marsh & O'Neill (1984), para aplicação em jovens adultos (versão III), foi utilizado a parte da escala respeitante à avaliação do Autoconceito Físico total, o qual é determinado pelas parcelas relativas à Competência física e à Aparência física (subescalas). A subescala Competência Física refere-se a autopercepções pessoais relativas às suas capacidades e interesses pelo desporto, jogos e actividades físicas, enquanto que a subescala da Aparência Física considera autopercepções da atracção física do indivíduo, bem

como a comparação da sua aparência com a dos outros e o que pensam os outros sobre o seu aspecto.

A escolha da versão reduzida deste instrumento de Marsh (1984) resulta da sua facilidade de aplicação junto desta população, uma vez que os indivíduos com paralisia cerebral têm mais dificuldade ao nível da comunicação. De facto, esta escala possui um número reduzido de itens, sendo fidedigna a avaliar efectivamente o Autoconceito no domínio físico.

Este questionário do Autoconceito global, surge numa tentativa de examinar e confirmar a estrutura hierárquica do Autoconceito, sendo constituído por um conjunto de afirmações que são descrições do «Eu» próprio. A Escala de Autoconceito Físico considerada no presente estudo, versão reduzida do Autoconceito global, é considerada uma escala de Likert, constituída por 10 afirmações relativas à Competência física e igualmente 10 sobre Aparência física, nas quais se pode considerar uma veracidade ou falsidade em diferentes graus. Para cada frase existem 8 alternativas de resposta: 1 – Declaradamente falso; 2 – Falso; 3 – Quase falso; 4 – Mais falso do que verdadeiro; 5 – Mais verdadeiro do que falso; 6 – Quase verdadeiro; 7 – Verdadeiro; 8 – Declaradamente verdadeiro. A pontuação das respostas varia tendo em conta se os itens se encontram ou não revertidos. Deste modo, para os itens 26, 52, 78, 104 e 130 relativos à subescala de Competência Física, e para os itens 24, 50, 76, 102 e 115 referentes à subescala de Aparência Física, a pontuação é a seguinte: Declaradamente verdadeiro – 1; Verdadeiro – 2; Quase verdadeiro – 3; Mais verdadeiro do que falso – 4; Mais falso do que verdadeiro – 5; Quase falso – 6; Falso – 7; Declaradamente falso – 8.

A cada item o inquirido responde tendo em conta a forma como se sente no exacto momento, embora se possa ter sentido de um modo diferente noutra altura da sua vida. No caso de alguns itens já não serem apropriados à situação actual do inquirido, embora o fossem num período anterior da sua vida, o inquirido deve responder conforme o teria feito na altura em que estavam adequados a si.

### **3.2.1.3) Escala de Autoestima Global de Rosenberg (GSES)**

A Escala de Autoestima global de Rosenberg (1965) - *Self Esteem Scale*, traduzida para a língua portuguesa por Ferreira (2001), foi utilizada para procedermos à avaliação da Autoestima Global dos inquiridos. Resultante de uma alteração à Escala de Gutman (1953), este teste pretende verificar a

unidimensionalidade da Autoestima global, sendo considerada uma escala de Likert, estruturada em 10 afirmações (cinco de sentido directo e cinco de sentido inverso), expostas de uma forma aleatória, para tentar reduzir o perigo de resposta direccionada. Para cada afirmação existem quatro possibilidades de resposta: 1 – Concordo completamente; 2 – Concordo; 3 – Discordo; 4 – Discordo Completamente. A pontuação das respostas varia de acordo com o facto de os itens se encontrarem ou não revertidos. Deste modo, para os itens 1, 2, 4, 6 e 7 (itens relativos à autoconfiança), a pontuação é a seguinte: Concordo completamente – 4; Concordo – 3; Discordo – 2; Discordo completamente – 1, e para os itens 3, 5, 8, 9 e 10 (itens relativos à autodepreciação), a pontuação é a seguinte: Concordo completamente – 1; Concordo – 2; Discordo – 3; Discordo completamente – 4.

De salientar que quanto mais alta for a pontuação, mais elevado é o nível de Autoestima global de cada indivíduo e vice-versa, sendo que varia entre 10 e 40 pontos. A Autoestima elevada resulta do facto do indivíduo se sentir bem, isto é, sentir-se uma pessoa igual às outras, não se sentindo necessariamente superior, reflectindo uma avaliação global do indivíduo acerca dele próprio, o que vai ao encontro da teoria defendida actualmente sobre a estrutura hierárquica e multidimensional da Autoestima (Goldsmith, 1986; cit por Abrantes, 1991; cit por Sempere, 2000).

A escolha deste instrumento é consequência da sua facilidade de aplicação, pelo facto de já ter sido anteriormente traduzido e adaptado para a língua portuguesa (Ferreira & Meek, 2001), e por já ter sido utilizado em estudos anteriores com populações portuguesas (Ferreira & Fox, 2002).

#### **3.2.1.4) – Questionário de Imagem Corporal**

O Questionário de Imagem Corporal de Bruchon-Schweitzer et al. (1987) - *Body-Image Questionnaire*, é um instrumento utilizado para analisar e explorar a dimensão das percepções, sentimentos e atitudes expressas em relação ao corpo de cada um.

Constituído por 19 itens, esta escala de Likert, pretende confirmar a estrutura multidimensional da Imagem Corporal e mede quatro factores: (I) Acessibilidade/Retraimento – *Accessibility/Closeness*; (II) Satisfação/Insatisfação – *Satisfaction/Dissatisfaction*; (III) Actividade/Passividade – *Activity/Passivity*; (IV) Relaxamento/Tensão – *Relaxion/Tension*.

O factor (I) – Acessibilidade/Retraimento (*Accessibility/Closeness*) incorpora os itens 8, 12, 15 e 18. Este factor opõe receptividade a várias experiências sensoriais e sensuais.

O factor (II) – Satisfação/Insatisfação (*Satisfaction/Dissatisfaction*) é constituído pelos itens 3, 5, 9, 14 e 17. Este factor opõe percepções corporais agradáveis a percepções desagradáveis.

O factor (III) – Actividade/Passividade (*Activity/Passivity*) incorpora os itens, 1, 4, 6, 16 e 19. Este factor opõe eficiência física, energia e masculinidade e atributos opostos.

O factor (IV) – Relaxamento/Tensão (*Relaxion/Tension*) incorpora os itens 7, 10 e 13.

Cada item contém um par de adjectivos bipolares (ex.: “*saudável*” e “*não saudável*”), usando para isso uma escala de Likert com cinco possibilidades de resposta: 1 – Muito Frequentemente; 2 – Com alguma frequência; 3 – Nem um nem outro; 4 – Muito Frequentemente; 5 – Com alguma frequência. Como podemos verificar as afirmações encontram-se repetidas, consoante se refiram ao primeiro ou ao segundo termo. Assim as duas primeiras possibilidades de resposta referem-se ao primeiro termo, a terceira opção de resposta é nula, e as duas últimas referem-se ao segundo termo. A satisfação individual com a imagem do corpo obtém-se através do somatório dos itens relativos a cada uma das referentes dimensões.

A estrutura de resposta que tem por base a oferta de duas possibilidades para o mesmo item foi adoptada de modo a reduzir as respostas socialmente desejáveis. Assim o indivíduo selecciona primeiro o termo que melhor define o modo com considera o seu corpo e só depois selecciona o nível em que julga estar incluído.

A escolha deste instrumento resulta da facilidade da sua aplicação a grupos especiais, devido à simplicidade e objectividade dos itens que compõem as diferentes dimensões e ainda por não ter sido aplicado nesta população, constituindo assim um importante contributo em termos de investigação.

### **3.2.2) Definição e caracterização das variáveis em estudo**

#### **3.2.2.1) Variáveis dependentes:**

- Nível de Autoconceito físico – variável qualitativa do tipo nominal. De acordo com a revisão da literatura anteriormente descrita, representa um dos domínios do Autoconceito global e refere-se às percepções de componente física (Aparência física e Competência física) que cada indivíduo possui.

- Nível de Autoestima Global – variável qualitativa do tipo nominal, representa a percepção do indivíduo relativamente à quantificação do Autoconceito.

- Imagem Corporal – variável qualitativa do tipo nominal, representa as percepções, sentimentos e atitudes expressas em relação ao corpo de cada um.

#### **3.2.2.2) Variáveis independentes:**

- Tipo de prática desportiva – variável qualitativa do tipo nominal, dedicada a estabelecer a distinção entre os indivíduos que praticam actividade desportiva regularmente (atletas de níveis competitivos distintos) e aqueles que praticam ocasionalmente (forma recreacional).

- Género – variável qualitativa do tipo nominal, apresentando duas categorias: masculino e feminino.

- Origem da deficiência – variável qualitativa do tipo nominal, apresentando duas categorias: deficiência congénita e deficiência adquirida

- Frequência de prática – variável quantitativa discreta, de tipo ordinal, considerada para quantificar o número de vezes que cada indivíduo pratica actividade física por semana.

- Nível competitivo – variável qualitativa do tipo nominal, onde se estabelece a distinção entre os indivíduos que praticam actividade física em competições nacionais e os indivíduos que participam em provas de nível internacional e paralímpico.

### **3.3) PROCEDIMENTOS**

A primeira etapa por nós realizado foi definir e localizar a população constituinte da nossa amostra, através do critério de conveniência, ou seja, indivíduos com deficiência motora, nomeadamente com paralisia cerebral praticantes de

actividade física adaptada regular e ocasionalmente. A amostra foi recolhida nos meses de Janeiro e Fevereiro, através de um contacto pessoal com formandos de diversos Núcleos da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral. Para tal, procedemos ao estabelecimento dos contactos necessários para obter as autorizações de aplicação de questionários junto da Direcção de cada um dos Núcleos em causa, sendo posteriormente constituído um contacto pessoal com os responsáveis e treinadores dos inquiridos. A estes foi prestado um esclarecimento acerca do objectivo do nosso estudo, bem como da sua confidencialidade.

O método de recolha da amostra baseou-se na aplicação de uma bateria de testes constituída pelos instrumentos já mencionados, sendo para tal necessária a nossa deslocação às instituições que autorizaram a sua aplicação. A recolha de dados foi ainda complementada durante a realização de uma jornada do campeonato nacional de Futsal para indivíduos com Paralisia Cerebral. Foram explicadas a todos os inquiridos as normas e as instruções necessárias para o preenchimento dos instrumentos (Ficha de caracterização individual, Escala de Autoconceito Físico, Escala de Autoestima Global e Questionário de Imagem Corporal), para que as dificuldades que pudessem surgir na sua aplicação fossem reduzidas ao máximo.

O método de recolha foi fundamentalmente a aplicação directa. No entanto, dada a impossibilidade de realizarem autonomamente, houve a necessidade de recorrer ao método de entrevista com alguns inquiridos ( $n = 38$ ), sendo, neste caso específico, o preenchimento realizado por nós. Deste modo, obtivemos um total de 67 questionários, em que apenas 3 foram anulados, o que significa uma percentagem de 4,48%.

Realçamos a disponibilidade de directores, treinadores e indivíduos com paralisia cerebral pela colaboração em todo este processo.

### **3.4) ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS**

Os dados obtidos através da aplicação dos três questionários (Escala de Autoconceito Físico, Escala de Autoestima Global e Questionário de Imagem Corporal) serão tratados em material informático através do programa SPSS 11.5 for WINDOWS versão Copyright © 2001 SPSS, Inc. em toda a informação recolhida, assim como o resultado da aplicação das diversas técnicas estatísticas utilizadas, serão apresentadas em anexo.

No que diz respeito ao tratamento estatístico, utilizaremos a estatística descritiva, na qual apresentaremos o cálculo dos diversos parâmetros, de forma a podermos organizar e analisar os dados relativos à amostra, recorrendo à medida de tendência central média, à medida de dispersão desvio padrão, às tabelas de frequências e respectivos valores percentuais para as variáveis em escala nominal.

Numa segunda fase, com o objectivo de analisar as relações entre variáveis utilizaremos também o R produto momento de Pearson (correlações) e regressões múltiplas (*stepwise method*). Por último, utilizaremos a estatística inferencial, nomeadamente, a análise da variância –One Way Anova e o teste T de Student para estabelecer uma comparação entre as diferentes variáveis em estudo e entre grupos. Para comprovar as nossas hipóteses, utilizámos um nível de significância de  $\rho \leq 0,05$  dado ser o valor convencionado para pesquisas na área das ciências humanas.



## CAPÍTULO IV

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos no âmbito do tratamento estatístico efectuado para a presente investigação. De forma a descrever e analisar as características inerentes à globalidade da amostra em estudo, iremos em primeiro lugar apresentar os resultados das variáveis independentes em estudo (género, origem da deficiência, prática desportiva, frequência de prática e nível competitivo) e que foram sujeitas à estatística descritiva. Em seguimento, procederemos à apresentação dos dados relativos às correlações parciais, regressões e à estatística inferencial (T de student e One way Anova).

#### 4.1) APRESENTAÇÃO DESCRITIVA DOS RESULTADOS

##### 4.1.1) Estatística descritiva das variáveis independentes em estudo

Com a obtenção dos parâmetros relativos à estatística descritiva é possível um conhecimento e análise de todas as características globais da amostra em estudo, para que desta forma possamos interpretar os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos utilizados na presente investigação

Passamos de seguida à apresentação dos resultados referentes à estatística descritiva, através da apresentação das tabelas de frequências relativas às variáveis independentes em estudo.

**Tabela 1: frequências relativas – variável tipo de prática desportiva**

<b>Prática desportiva</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Prática regular	46	71,9
Prática ocasional	18	28,1
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Com base nos resultados relativos à variável tipo de prática desportiva, verificamos que 71% dos inquiridos (46) praticam regularmente actividade física, sendo atletas de nível competitivo, enquanto que 18 indivíduos, ou seja, 28,1% praticam actividade física apenas casualmente.

**Tabela 2: frequências relativas – variável género**

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Feminino	14	21,9
Masculino	50	78,1
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

No que diz respeito à variável género, dos sessenta e quatro indivíduos inquiridos que constituem o universo da nossa amostra, 21,9% são do género feminino (14) e 78% são indivíduos do género masculino (50).

**Tabela 3: frequências relativas – variável género e tipo de prática desportiva**

<b>Género</b>	<b>Tipo de prática desportiva</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Feminino	Regular	9	64,3
	Ocasional	5	35,7
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
Masculino	Regular	37	74,0
	Ocasional	13	26,0
	<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Com base nos resultados apresentados na tabela 3, verificamos que para o género feminino, 64,3% são praticantes de actividade física de uma forma regular e 35,7% são praticantes de actividade física ocasionalmente. No que diz respeito ao género masculino, 74,0% são praticantes de actividade física regular e 26,0% são praticantes de actividade física de uma forma ocasional.

**Tabela 4: frequências relativas – variável origem da deficiência**

<b>Origem da deficiência</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Congénita	54	84,4
Adquirida	10	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

De acordo com os resultados apresentados na tabela 4, podemos afirmar que 84,4% dos indivíduos (50 num total de 64) adquiriram a deficiência numa fase pré-natal ou natal (deficiência congénita) e 15,6 % dos indivíduos (10) adquiriram a deficiência numa fase pós-natal (deficiência adquirida).

**Tabela 5: frequências relativas – variável frequência de prática**

<b>Frequência de prática</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Não definida	18	28,1
2 vezes por semana	30	46,9
3 ou mais vezes por semana	16	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

A tabela 5 apresenta a frequência de prática desportiva dos inquiridos. Deste modo podemos verificar que 28,1%, ou seja, 18 inquiridos, não definem o número de vezes que realizam exercício físico por semana, pois são praticantes de actividade física ocasional. Por outro lado, 46,9% (30 numa amostra de 64) praticam actividade física 2 vezes por semana, enquanto que 25,0% dos inquiridos (16 numa amostra total de 64) referem que realizam actividade física 3 ou mais vezes por semana.

**Tabela 6: frequências relativas – variável nível competitivo**

<b>Nível competitivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Prática ocasional	18	28,1
Nacional	30	46,9
Internacional e Paralímpico	16	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

No que diz respeito à variável nível competitivo, podemos observar que 28,1% dos inquiridos (18 num amostra total de 64) são praticantes de actividade física, porém não participam em provas competitivas. Quanto aos atletas de prática competitiva, 46,9% (n=30) participam em provas a nível nacional e 25,0% (16 numa amostra total de 64) são atletas que praticam actividade física competitiva a nível internacional e/ou paralímpico.

**Quadro 1: Estudos comparativos dos valores médios relativos às diferentes dimensões do ACF em grupos com deficiência**

	Nosso estudo (2004)		Ferreira e Fox (2004)		
Género					Género
<b>Feminino</b>	(N=9)		(N=5)		<b>Feminino</b>
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	
ACF	115,56	8,85	15,40	3,65	PSW
GSE	30,00	4,06	23,60	2,88	GSE
<b>Masculino</b>	(N=37)		(N=59)		<b>Masculino</b>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	
ACF	116,51	18,11	16,59	3,63	PSW
GSE	30,95	4,07	23,56	3,45	GSE

O quadro 1 apresenta uma síntese relativa à média dos scores obtidos por Ferreira e Fox (2004), num estudo realizado no âmbito da avaliação das autopercepções em grupos especiais, com base na utilização do PSPP (Fox & Corbin, 1989) e da Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), e alguns resultados obtidos a partir do desenvolvimento do nosso estudo, utilizando a Escala de Autoconceito Físico – versão reduzida do *Self Description Questionnaire III* (Marsh, 1984) e a Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) em indivíduos com prática regular.

Como podemos verificar os dois estudos não aplicam rigorosamente os mesmos instrumentos de medida na avaliação das Autopercepções no domínio físico. No entanto, é possível estabelecer uma relação entre o Autoconceito Físico (ACF) de Marsh (1984) e a dimensão Autovalorização (PSW) de Fox e Corbin (1989), pois ambos se referem às autopercepções relativas ao domínio físico. Assim pretendemos demonstrar a variação dos valores da média e desvio padrão da Autoestima Global (GSE) e de um mesmo constructo, Autovalorização Física (PSW) no estudo de Ferreira (2004) e Autoconceito Físico (ACF) no nosso estudo.

Através da análise do quadro, observamos que o N da amostra e os valores de média de idade são diferentes nos dois estudos. No nosso estudo, em termos de prática regular, utilizamos uma amostra quarenta e seis indivíduos, 9 do género feminino com média de idade de  $34,22 \pm 6,28$  anos e 37 do género masculino com média de idade de  $27,65 \pm 8,92$  anos; Ferreira e Fox (2004) baseou o seu estudo numa amostra de sessenta e quatro indivíduos, 5 do género feminino com média de

idade de  $33,00 \pm 8,25$  anos e 59 indivíduos com média de idade de  $32,80 \pm 11,34$  anos.

Em termos de tipo de deficiência em causa nas duas populações, é importante referir que no nosso estudo estudamos uma amostra com indivíduos com paralisia cerebral e Ferreira e Fox (2004) desenvolveu o seu estudo com basquetebolistas em cadeira de rodas. Ao analisar-mos o quadro, verificamos que os valores de desvio padrão são inferiores no estudo de Ferreira e Fox (2004).

Em termos de Autoconceito Físico (ACF) e Autovalorização Física (PSW), ou seja, nas autopercepções no domínio físico avaliadas nos dois estudos, os valores de média são mais elevados para o género masculino, quando comparados com o género feminino. Podemos constatar ainda que, no nosso estudo, a Autoestima global (GSE) apresenta valores de média mais elevados para o género masculino, e no estudo de Ferreira e Fox (2004) os valores relativos à Autoestima global aumentam ligeiramente para o género feminino.

#### 4.1.2) Estatística descritiva das variáveis dependentes em estudo

Começaremos por analisar as variáveis dependentes em estudo, referindo os valores obtidos em termos de mínimo, máximo, média e desvio padrão.

**Tabela 7: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal**

	N	Mínimo	Máximo	M	SD
<b>CF</b>	64	20,00	78,00	56,6719	13,32149
<b>AS</b>	64	18,00	72,00	52,5781	10,75677
<b>ACF</b>	64	38,00	150,00	109,2500	21,51633
<b>GSE</b>	64	22,00	37,00	30,0156	3,91777
<b>Acess_Retrai</b>	64	6,00	17,00	11,9531	2,16340
<b>Sat_Insat</b>	64	8,00	22,00	13,9688	2,26056
<b>Act_Pass</b>	64	10,00	23,00	17,2187	3,13439
<b>Relax_Tens</b>	64	6,00	13,00	10,3125	1,64148

Em seguida iremos analisar as variações existentes nas diferentes variáveis dependentes consideradas para este estudo (Competência Física, Aparência Física, Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal) em função das variáveis independentes.

Na tabela 7, podemos ver os valores das médias do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função da variável *prática desportiva*.

**Tabela 8: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável prática desportiva**

Tipo de prática desportiva	Prática ocasional		Prática regular	
	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	43,39	13,08	61,87	9,25
<b>AF</b>	47,78	11,75	54,46	9,85
<b>ACF</b>	91,17	20,53	116,33	17,52
<b>GSE</b>	28,11	2,89	30,76	4,04
<b>Acess/Retrai</b>	12,50	2,20	11,74	2,13
<b>Satisf/Insat</b>	14,33	1,53	13,83	2,49
<b>Act/Passiv</b>	17,72	3,95	17,02	2,78
<b>Relax/Tens</b>	10,28	1,71	10,33	1,63

Após analisar a tabela 8 podemos constatar que os valores da Competência Física, Aparência Física, Autoconceito Físico e Autoestima global são maiores nos indivíduos que praticam regularmente actividade física. Nas dimensões do Autoconceito Físico, para indivíduos de prática regular, a dimensão que obtém média mais elevada é a Competência Física (61,87), uma vez que a Aparência Física obtém uma média inferior (54,46). Em termos de prática ocasional, a Competência Física é a variável com média mais baixa (43,39), sendo neste caso a Aparência Física a dimensão com mais peso no Autoconceito Físico (47,78).

Relativamente às 4 dimensões que constituem a Imagem Corporal, os resultados são ligeiramente mais elevados no caso dos indivíduos praticantes de actividade física regular, à excepção do factor Relaxamento/Tensão em que os valores são muito similares.

Na tabela 9 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função da variável *frequência de prática desportiva*.

**Tabela 9: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável frequência de prática desportiva**

Frequência de Prática	Sem frequência regular		2 vezes por semana		3 ou mais vezes por semana	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	43,39	13,08	59,30	9,21	66,69	7,39
<b>AF</b>	47,78	11,75	53,27	10,10	56,69	9,26
<b>ACF</b>	91,17	20,53	112,57	18,21	123,38	14,09
<b>GSE</b>	28,11	2,89	29,80	4,14	32,56	3,24
<b>Acess/Retrai</b>	12,50	2,20	11,57	2,30	12,06	1,81
<b>Satisf/Insat</b>	14,33	1,53	13,80	2,34	13,88	2,83
<b>Act/Passiv</b>	17,72	3,95	17,00	2,89	17,06	2,64
<b>Relax/Tens</b>	10,28	1,71	10,13	1,74	10,69	1,40

Através da análise da tabela 9, é possível verificar para o Autoconceito Físico e seus subdomínios (Competência Física e Aparência Física) e também para a Autoestima Global, a modalidade de frequência “três vezes por semana” apresenta os valores mais elevados. Nas dimensões do Autoconceito Físico, a variável Competência Física possui a média mais elevada nas modalidades com frequência de prática definida. Contudo, em indivíduos sem uma frequência de prática regular, os dados revelam que a Aparência Física é a variável com valores de média mais elevada (47,8), em comparação com a Competência Física (43,4). Relativamente aos 4 factores que constituem a Imagem Corporal, estes não apresentam grandes diferenças nas categorias consideradas, pois os valores encontram-se muito equiparados e são insuficientemente indutivos para permitir uma interpretação dos mesmos.

Na tabela 10 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função da variável género.

**Tabela 10: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável género**

Género	Feminino		Masculino	
	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	52,50	17,36	57,84	11,91
<b>AF</b>	49,86	14,08	53,34	9,67
<b>ACF</b>	102,36	28,46	111,18	19,05
<b>GSE</b>	28,93	3,73	30,32	3,95
<b>Acess/Retrai</b>	11,14	2,68	12,18	1,97
<b>Satisf/Insat</b>	13,50	1,29	14,10	2,46
<b>Act/Passiv</b>	14,57	2,79	17,96	2,83
<b>Relax/Tens</b>	10,07	1,44	10,38	1,70

Através da tabela 10, verificámos que todas as variáveis dependentes em estudo apresentam valores mais elevados quando se referem ao género masculino. Essa diferença é maior ao nível do Autoconceito Físico, da Competência Física e do factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal. Relativamente às dimensões do Autoconceito Físico, a Competência Física apresenta uma média de valores mais elevada, em comparação com a Aparência Física, tanto quando se refere aos indivíduos de género masculino (57,84) como em relação aos indivíduos de género feminino (52,50).

Na tabela 11 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função da variável origem da deficiência.

**Tabela 11: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável origem da deficiência**

Origem da deficiência	Congénita		Adquirida	
	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	56,02	13,70	60,20	10,97
<b>AF</b>	51,83	10,81	56,60	10,04
<b>ACF</b>	107,85	21,72	116,80	19,70
<b>GSE</b>	29,76	4,04	31,40	2,99
<b>Acess/Retrai</b>	11,91	2,18	12,20	2,15
<b>Satisf/Insat</b>	13,89	1,95	14,40	3,63
<b>Act/Passiv</b>	17,48	3,07	15,80	3,26
<b>Relax/Tens</b>	10,37	1,62	10,00	1,83



A leitura da tabela 11, permite-nos observar que, os valores médios são mais elevados em quase todas as variáveis em estudo, em indivíduos com deficiência adquirida. Os valores médios nas dimensões Actividade/Passividade e Relaxação/Tensão relativas à Imagem Corporal constituem uma excepção. No que concerne às dimensões do Autoconceito Físico, a Competência Física possui uma media mais elevada tanto nos indivíduos com deficiência de origem congénita (56,02), como nos indivíduos com deficiência adquirida (60,20).

Na tabela 12 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função da variável nível competitivo.

**Tabela 12: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função da variável nível competitivo**

Nível competitivo	Nacional		Internacional e Paralímpico	
	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	58,23	8,14	68,69	7,26
<b>AF</b>	52,70	9,29	57,75	10,32
<b>ACF</b>	110,93	16,05	126,44	15,98
<b>GSE</b>	29,97	4,05	32,25	3,70
<b>Acess/Retrai</b>	11,70	2,23	11,81	2,01
<b>Satisf/Insat</b>	14,13	2,71	13,25	1,95
<b>Act/Passiv</b>	16,87	2,92	17,31	2,55
<b>Relax/Tens</b>	10,20	1,73	10,56	1,46

Na tabela 12 podemos ver que o Autoconceito Físico e suas dimensões, a Autoestima Global e os factores da Imagem Corporal Acessibilidade/Retraimento, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão, apresentam valores médios mais elevados em atletas internacionais e paralímpicos, quando comparados com atletas de nível nacional. A Competência Física é, mais uma vez, a dimensão com média de valores mais elevada em praticantes de nível nacional (58,28) e em indivíduos que competem a nível internacional e paralímpico (68,69).

A dimensão Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal apresenta os valores médios mais elevados, em praticantes a nível nacional.

Na tabela 13 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função das variáveis prática desportiva e género.

**Tabela 13: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis tipo de prática desportiva e género**

Tipo de prática desportiva	Ocasional				Regular			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Género	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	34,20	13,10	46,92	11,69	62,67	8,85	61,68	9,45
<b>AF</b>	44,40	20,03	49,08	7,42	52,89	9,61	54,84	10,00
<b>ACF</b>	78,60	32,23	96,00	12,65	115,56	15,76	116,51	18,12
<b>GSE</b>	27,00	2,24	28,54	3,07	30,00	4,06	30,95	4,07
<b>Acess/Retrai</b>	11,20	3,35	13,00	1,47	11,11	2,47	11,89	2,05
<b>Satisf/Insat</b>	14,20	1,64	14,38	1,56	13,11	0,93	14,00	2,72
<b>Act/Passiv</b>	13,80	3,90	19,23	2,86	15,00	2,12	17,51	2,71
<b>Relax/Tens</b>	10,00	0,71	10,38	1,98	10,11	1,76	10,38	1,62

Na tabela 13, é possível verificar que, o Autoconceito Físico e a Autoestima global apresentam valores médios mais elevados nos indivíduos de prática regular de ambos os sexos. Todas as variáveis dependentes relativas às autopercepções no domínio físico apresentam valores mais elevados nos indivíduos de género masculino, à excepção da Competência Física que apresenta valores superiores no grupo de indivíduos de género feminino praticantes de actividade física regular.

As dimensões Acessibilidade/Retraimento e Relaxamento/Tensão da Imagem Corporal apresentam valores médios superiores nos indivíduos de género masculino. Quanto aos restantes factores da Imagem Corporal, os resultados obtidos não são suficientemente explícitos, deste modo não é possível estabelecer uma interpretação dos mesmos.

Na tabela 14 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e género.

**Tabela 14: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e género**

Origem da deficiência	Congénita				Adquirida			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Género	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	51,58	17,99	57,29	12,18	58,00	16,97	60,75	10,58
<b>AF</b>	48,58	14,33	52,76	9,59	57,50	13,44	56,38	10,17
<b>ACF</b>	100,17	28,93	110,05	19,05	115,50	30,41	117,13	19,14
<b>GSE</b>	28,67	3,85	30,07	4,08	30,50	3,54	31,63	3,07
<b>Acess/Retrai</b>	11,25	2,90	12,10	1,94	10,50	0,71	12,63	2,20
<b>Satisf/Insat</b>	13,58	1,31	13,98	2,10	13,00	1,41	14,75	3,99
<b>Act/Passiv</b>	14,67	2,90	18,29	2,63	14,00	2,83	16,25	3,37
<b>Relax/Tens</b>	10,00	1,54	10,48	1,64	10,50	0,71	9,88	2,03

Na tabela 14, observamos que nas variáveis relativas às autopercepções no domínio Físico e também na Autoestima Global os valores médios são mais elevados nos indivíduos com deficiência adquirida. A Aparência Física é a única variável dependente que apresenta valores mais elevados nos indivíduos com deficiência adquirida de género feminino, do que nos indivíduos com deficiência adquirida de género masculino.

As dimensões Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação e Actividade/Passividade da Imagem Corporal, apresentam valores superiores nos indivíduos de género masculino, em comparação com os indivíduos de género feminino. A dimensão Relaxamento/Tensão não apresenta grandes diferenças, pois os seus valores de média são muito semelhantes.

Na tabela 15 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função das variáveis nível competitivo e género.

**Tabela 15: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis nível competitivo e género**

Nível Competitivo	Nacional				Internacional e Paralímpico			
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino	
Género	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	60,67	10,19	57,62	7,68	66,67	4,163	69,15	7,86
<b>AF</b>	54,17	8,59	52,33	9,59	50,33	13,05	59,46	9,38
<b>ACF</b>	114,83	17,29	109,96	15,96	117,00	15,52	128,62	15,87
<b>GSE</b>	29,83	4,02	30,00	4,14	30,33	5,03	32,69	3,42
<b>Acess/Retrai</b>	10,67	2,50	11,96	2,14	12,00	2,65	11,77	1,96
<b>Satisf/Insat</b>	13,00	0,63	14,42	2,96	13,33	1,53	13,23	2,09
<b>Act/Passiv</b>	14,67	2,16	17,42	2,86	15,67	2,30	17,69	2,53
<b>Relax/Tens</b>	10,00	2,10	10,25	1,67	10,33	1,15	10,62	1,56

Na tabela 15, podemos ver que a Autoestima global, o Autoconceito Físico e a Competência física apresentam valores médios mais elevados nos indivíduos que praticam actividade física a nível nacional e internacional e paralímpico. O subdomínio Aparência física apresenta valores mais elevados no grupo de indivíduos de género masculino de nível competitivo internacional e paralímpico, seguido do grupo de indivíduos do género feminino mas de nível nacional.

A dimensão Actividade/Passividade da Imagem Corporal demonstra valores médios superiores nos indivíduos de género masculino, quando comparados com os indivíduos de género feminino. Nos restantes factores da Imagem Corporal, os resultados obtidos não são suficientemente indutivos, para permitir uma interpretação dos mesmos.

Na tabela 16 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e tipo de prática desportiva.

**Tabela 16: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e tipo de prática desportiva**

Tipo de prática desportiva	Ocasional				Regular			
	Congénita		Adquirida		Congénita		Adquirida	
Origem da deficiência	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	42,25	13,26	52,50	9,19	61,82	9,00	62,13	11,03
<b>AF</b>	47,69	12,50	48,50	0,71	53,58	9,67	58,63	10,29
<b>ACF</b>	89,94	21,37	101,00	9,90	115,39	17,12	120,75	19,90
<b>GSE</b>	27,69	2,47	31,50	4,95	30,63	4,27	31,38	2,83
<b>Acess/Retrai</b>	12,69	2,27	11,00	0,00	11,58	2,09	12,50	2,33
<b>Satisf/Insat</b>	14,31	1,62	14,50	0,71	13,71	2,07	14,38	4,10
<b>Act/Passiv</b>	18,13	3,91	14,50	3,54	17,21	2,65	16,13	3,36
<b>Relax/Tens</b>	10,38	1,78	9,50	0,71	10,37	1,57	10,13	2,03

Na tabela 16, verificamos que o Autoconceito físico e seus subdomínios apresentam os valores médios mais elevados nos indivíduos com prática desportiva regular. No entanto, relativamente à Autoestima global esta mostra valores mais elevados nos indivíduos com deficiência adquirida do que nos indivíduos de prática desportiva ocasional ou regular.

Em relação à Imagem Corporal, na dimensão Satisfação/Insatisfação os indivíduos com deficiência adquirida apresentam valores médios mais elevados. No caso das dimensões Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão os valores de média são superiores nos indivíduos de deficiência congénita.

Na tabela 17 podemos observar os valores de média do Autoconceito Físico e suas dimensões, da Autoestima Global e dos quatro factores que constituem a Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e tipo de prática desportiva.

**Tabela 17: Autoconceito Físico, Autoestima Global e Imagem Corporal em função das variáveis origem da deficiência e nível competitivo**

Nível Competitivo	Nacional				Internacional e Paralímpico			
	Congénita		Adquirida		Congénita		Adquirida	
Origem da deficiência	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>CF</b>	58,46	8,39	57,33	7,69	67,57	7,06	76,50	2,12
<b>AF</b>	52,21	9,58	54,67	8,50	55,93	9,70	70,50	2,12
<b>ACF</b>	110,67	16,87	112,00	13,54	123,50	14,80	147,00	4,24
<b>GSE</b>	29,88	4,40	30,33	2,42	31,93	3,85	34,50	0,71
<b>Acess/Retrai</b>	11,58	2,17	12,17	2,64	11,57	2,03	13,50	0,71
<b>Satisf/Insat</b>	13,96	2,05	14,83	4,75	13,29	2,09	13,00	0,00
<b>Act/Passiv</b>	17,21	2,69	15,50	3,67	17,21	2,69	18,00	1,41
<b>Relax/Tens</b>	10,21	1,61	10,17	2,32	10,64	1,50	10,00	1,41

Na tabela 17, constata-se que todas as variáveis dependentes, relativas às autopercepções no domínio físico, mostram valores mais elevados nos indivíduos que praticam actividade física a nível internacional e paralímpico, quer sejam indivíduos com deficiência adquirida ou congénita.

No que respeita ao factor Relaxamento/Tensão, os seus valores médios são superiores nos indivíduos com deficiência congénita, quer sejam atletas nacionais ou internacionais e paralímpicos. Em relação aos restantes factores da Imagem Corporal, os resultados obtidos não são indutivos, pelo que não permitem uma interpretação dos mesmos.

#### **4.1.3) Estrutura hierárquica do modelo em estudo**

Nas tabelas seguintes podemos analisar a relação entre variáveis dependentes e a sua significância. Esta etapa tem como objectivo aferir o nível de suporte para organização hierárquica dos constructos do modelo em estudo na nossa investigação.

Marsh (1984) desenvolveu o *Self-Description Questionnaire* (SDQ) para promover um teste ao modelo hierárquico de Shavelson et al. (1976) e algumas modificações posteriores (Marsh & Shavelson, 1985). As séries do SDQ medem elementos específicos do Autoconceito através dos domínios académico, social, físico e emocional. A escala do Autoconceito no domínio Físico é composta por duas subescalas: Aparência Física e Competência Física.

**Tabela 18 – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE:**

**Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física regular**

	CF	AF	GSE	ACF
CF	1,000			
AF	0,457	1,000		
GSE	0,477	0,400	1,000	
ACF	0,840**	0,866**	0,512	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Através da análise da tabela 18, verificamos a existência de correlações altamente significativas ( $\rho \leq 0,01$ ) entre o Autoconceito Físico e os seus subdomínios (Competência Física e Aparência Física).

Também é importante salientar que neste grupo de indivíduos, os valores de correlação existente entre CF e AF (subdomínios do Autoconceito Físico) e o GSE (Autoestima global) são inferiores aos valores obtidos entre o ACF (Autoconceito Físico) e a Autoestima Global. Estes dados vêm suportar a organização hierárquica do modelo em estudo.

**Tabela 19 – Correlações parciais controlando o ACF**

**Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física regular**

	CF	AF	GSE
CF	1,000		
AF	-1,000**	1,000	
GSE	0,100	-0,100	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

De acordo com os resultados da tabela 19, verificámos que depois de controlar o efeito do ACF no grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física regular, as relações entre GSE e os dois subdomínios do ACF (Competência Física e Aparência Física) foram largamente reduzidas. Este dado fornece suporte para a hipótese de que o ACF funciona como uma variável mediadora entre os subdomínios, que se encontram na base da hierarquia, e a Autoestima Global.

Por outro lado, quando os efeitos do ACF foram removidos, a relação entre AF e CF aumentou, sendo a correlação entre as dimensões altamente significativa ( $\rho = 0,00$ ) e negativa. Este resultado não suporta um dos pressupostos de verificação da estrutura hierárquica do modelo em estudo.

**Tabela 20 – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE:****Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional**

	CF	AF	GSE	ACF
CF	1,000			
AF	0,887*	1,000		
GSE	0,768	0,787	1,000	
ACF	0,958**	0,982**	0,801	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$ \* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$ 

Através da análise da tabela 20, verificamos no grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional, a existência de um número de correlações significativas ( $\rho \leq 0,01$ ) entre o Autoconceito Físico e os seus subdomínios (Competência Física e Aparência Física) e, estes também se correlacionam entre si ( $\rho \leq 0,05$ ).

É de destacar que neste grupo de indivíduos, os valores de correlação existente entre o GSE (Autoestima Global) e o ACF (Autoconceito Físico) são superiores aos valores obtidos entre a CF e a AF (subdomínios do Autoconceito Físico) e o GSE. Estes dados servem de fundamentação para a organização hierárquica do modelo em estudo.

**Tabela 21 – Correlações parciais controlando o ACF****Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional**

	CF	AF	GSE
CF	1,000		
AF	-1,000**	1,000	
GSE	0,001	-0,001	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$ \* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$ 

Analisando a tabela 21, constatamos que depois de controlarmos o ACF no grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional, as relações entre GSE e os dois subdomínios do ACF (Competência Física e Aparência Física) foram largamente reduzidas. Este dado fornece suporte para a hipótese de que o ACF funciona como uma variável mediadora entre os subdomínios, que se encontram na base da hierarquia, e a Autoestima Global.

Pelo contrário, quando os efeitos do ACF foram removidos, a relação entre AF e CF aumentou, sendo a correlação entre as dimensões altamente significativa ( $\rho = 0,00$ ) e negativa. Este resultado não suporta um dos pressupostos de verificação da estrutura hierárquica do modelo em estudo.



**Tabela 22 – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE:**

**Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular**

	CF	AF	GSE	ACF
CF	1,000			
AF	0,734**	1,000		
GSE	0,412*	0,441**	1,000	
ACF	0,927**	0,935**	0,459**	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Com base nos resultados evidenciados no tabela 22, relativos ao grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular, podemos verificar a existência de correlações significativas entre todas as variáveis dependentes. Com correlações altamente significativas ( $\rho \leq 0,01$ ) temos o Autoconceito Físico e as restantes variáveis dependentes consideradas no nosso estudo; os subdomínios do Autoconceito Físico (Competência Física e Aparência Física) também se correlacionam entre si; e ainda, a Autoestima Global e a Aparência Física apresentam uma correlação significativa com o mesmo nível de significância.

É de salientar que, mais uma vez constatamos que, os valores de correlação existente entre CF e AF (subdomínios do Autoconceito Físico) e o GSE (Autoestima global) são inferiores aos valores obtidos entre o Autoconceito Físico e a Autoestima Global. Para este grupo de indivíduos, estes dados também fundamentam a organização hierárquica do modelo em estudo.

**Tabela 23 – Correlações parciais controlando o ACF**

**Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular**

	CF	AF	GSE
CF	1,000		
AF	-1,000**	1,000	
GSE	-0,038	0,038	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Através da análise da tabela 23, verificamos que após controlar o ACF no grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular, a intensidade das relações entre GSE e os dois subdomínios do ACF (Competência Física e Aparência Física) decresceram bastante. Este dado fornece suporte para a

hipótese de que o ACF funciona como uma variável mediadora entre os subdomínios, que se encontram na base da hierarquia, e a Autoestima Global.

Ao invés, quando os efeitos do ACF foram removidos, a relação entre AF e CF aumentou, sendo a correlação entre as dimensões altamente significativa ( $\rho = 0,00$ ) e mais uma vez negativa. Este resultado não suporta um dos pressupostos de verificação da estrutura hierárquica do modelo em estudo.

**Tabela 24 – Correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE:**

**Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional**

	CF	AF	GSE	ACF
CF	1,000			
AF	-0,183	1,000		
GSE	0,387	-0,389	1,000	
ACF	0,817**	0,418	0,129	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

A partir dos resultados relativos a indivíduos de género masculino de prática ocasional (tabela 24), verificamos apenas a existência de uma correlação significativa ( $\rho \leq 0,01$ ) entre o Autoconceito Físico e um dos seus subdomínios, designadamente, a Competência Física. É de salientar que, mais uma vez constatamos que, os valores de correlação existente entre CF e AF (subdomínios do Autoconceito Físico) e o GSE (Autoestima global) são inferiores aos valores obtidos entre o Autoconceito Físico e a Autoestima Global. Para este grupo de indivíduos, estes dados também fundamentam a organização hierárquica do modelo em estudo.

No entanto, constatamos também que os valores de correlação existente entre a Competência Física e a Autoestima Global são superiores aos valores obtidos entre esta dimensão e o Autoconceito Físico. Para este grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional, estes dados não replicam a organização hierárquica do modelo em estudo.

**Tabela 25 – Correlações parciais controlando o ACF**

**Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional**

	CF	AF	GSE
CF	1,000		
AF	-1,000**	1,000	
GSE	0,492	-0,492	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 25, podemos ver que depois de controlarmos o efeito do ACF no grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional, a relação entre AF e CF aumentou, sendo a correlação entre estas dimensões altamente significativa ( $\rho = 0,00$ ) e negativa. Este resultado não suporta um dos pressupostos de verificação da estrutura hierárquica do modelo em estudo.

Por outro lado, quando os efeitos do ACF foram removidos, em vez de ocorrer uma diminuição nas relações entre GSE e cada um dos subdomínios (Competência Física e Aparência Física), as correlações parciais controlando o efeito do ACF mostram que este pressuposto não se verificou em nenhuma dessas relações, pois estas aumentaram de intensidade nos dois casos. Neste grupo de indivíduos, os dados não fundamentam a variável ACF, como um constructo mediador, entre os subdomínios, que se encontram na base da hierarquia, e a Autoestima Global.

Na discussão dos resultados iremos fazer uma alusão à estrutura hierárquica do modelo proposto por Marsh e Shavelson, (1985), e também faremos uma inter-relação com os pressupostos da estrutura hierárquica de Fox & Corbin (1990). Relativamente aos resultados obtidos nas correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE, nos grupos de prática regular, de ambos os géneros e ainda para o grupo de género feminino de prática ocasional, GSE correlaciona-se mais com o ACF do que com as subescalas na base da hierarquia. Cada subdomínio apresenta uma relação mais forte com o ACF do que com o GSE, tal como seria previsto. Esta relação suporta a existência do constructo do ACF como um resultado generalizado de percepções relativas à Competência Física e a Aparência Física e, como um mediador entre a Autoestima Global e os subdomínios. Quando o efeito do ACF foi controlado, os coeficientes de correlações mostraram que, quando os efeitos do ACF foram estatisticamente removidos, a relação entre GSE e os dois subdomínios

decreceu, tal como previsto nos pressupostos de verificação da estrutura hierárquica do modelo em estudo

Relativamente aos resultados obtidos no grupo de indivíduos de género masculino praticante de actividade física ocasional, mais uma vez, cada subdomínio apresenta uma relação mais forte com o ACF do que com o GSE, tal como seria esperado. Porém, o GSE correlaciona-se mais fortemente com um dos subdomínios da base da hierarquia (Competência Física) do que o ACF com o GSE. Esta relação não suporta a existência do constructo ACF como variável mediadora entre a Autoestima Global e os subdomínios do modelo em estudo.

Por outro lado, em todos os grupos de indivíduos do nosso estudo, o relacionamento entre as dimensões aumentou significativamente, quando os efeitos do Autovalorização foram removidos. Assim estes resultados não suportam um dos pressupostos de verificação da estrutura hierárquica considerada no nosso estudo.

De seguida passamos a analisar os resultados de regressões múltiplas, tendo como variável dependente o Autoconceito Físico. Esta etapa tem como objectivo aferir e confirmar a organização hierárquica do modelo em estudo nos diferentes grupos da nossa amostra.

Sendo assim, a análise de regressões múltiplas (*stepwise method*) revelou que os dois subdomínios do Autoconceito Físico (Competência Física e Aparência Física) conseguem explicar 100,0% da variância no Autoconceito Físico dos indivíduos portadores de Paralisia Cerebral participantes do nosso estudo. Também é importante referir que a dimensão Aparência Física fundamenta o Autoconceito Físico para 75,1% dos indivíduos de género feminino praticantes de actividade física regular, para 96,5% dos indivíduos de género feminino praticantes de actividade física ocasional, e para 87,4% dos indivíduos praticantes de actividade física regular.

Contudo, a partir dos resultados relativos a indivíduos de género masculino de prática ocasional, verificamos que a Competência Física é a variável preditora do Autoconceito Físico, sendo este resultado explicado para 66,70% dos indivíduos deste grupo da nossa amostra.

#### 4.1.4) Análise das relações entre a totalidade das variáveis em estudo

Podemos em seguida observar as relações existentes entre todas as variáveis dependentes consideradas no nosso estudo. Centraremos a nossa atenção na análise das relações entre as dimensões do ACF, a GSE e as diferentes dimensões da Imagem Corporal, uma vez que as relações entre ACF e GSE já foram analisadas aquando da análise da organização hierárquica do modelo.

No grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física regular, verificamos que não existem correlações significativas entre as variáveis dependentes do nosso estudo e as diferentes dimensões da Imagem Corporal

**Tabela 26 – Correlações entre as variáveis dependentes em estudo**

**Grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional**

	CF	AF	ACF	GSE	Acess/Retrai	Satisf/Insat	Act/Passiv	Relax/Tens
CF	1,000							
AF	0,887*	1,000						
ACF	0,958**	0,982*	1,000					
GSE	0,768	0,787	0,801	1,000				
Relax/Tens	0,729	0,882*	0,845	0,949*	-0,423	-0,861	0,907*	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Analisando a tabela 26, podemos ver que no grupo de indivíduos de género feminino, praticantes de actividade física ocasional, existem relações significativas ( $\rho \leq 0,05$ ) entre as variáveis: Relaxamento/Tensão e a Aparência Física, a Autoestima Global e o factor Actividade/Passividade.

**Tabela 27 – Correlações entre as variáveis dependentes em estudo**

**Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular**

	CF	AF	ACF	GSE	Acess/Retrai	Satisf/Insat	Act/Passiv	Relax/Tens
CF	1,000							
AF	0,734**	1,000						
ACF	0,927**	0,935**	1,000					
GSE	0,413*	0,441**	0,459**	1,000				
Act/Passiv	0,405*	0,312	0,384*	0,038	0,245	0,286	1,000	
Relax/Tens	0,164	0,079	0,129	-0,052	0,380*	0,372*	0,560**	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Com base nos resultados apresentados na tabela 27, verificamos, no grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física regular, a existência de uma relação altamente significativa ( $\rho \leq 0,01$ ) entre o factor Relaxamento/Tensão e o factor Actividade/Passividade, ambos relativos à Imagem Corporal.

Também é possível observar relações significativas ( $\rho \leq 0,05$ ) entre as variáveis: Actividade/Passividade e a Competência Física e o Autoconceito Físico; e, entre o Relaxamento/Tensão e a Acessibilidade/Retraimento e a Satisfação/Insatisfação.

**Tabela 28 – Correlações entre as variáveis dependentes em estudo**  
**Grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional**

	CF	AF	ACF	GSE	Acess/Retrai	Satisf/Insat	Act/Passiv	Relax/Tens
CF	1,000							
AF	-0,182	1,000						
ACF	0,817**	0,418	1,000					
GSE	0,387	-0,389	0,129	1,000				
Satisf/Insat	0,112	-0,501	-0,190	0,005	0,582*	1,000		
Relax/Tens	-0,272	0,276	-0,090	0,127	-0,082	-0,620*	0,145	1,000

\*\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,01$

\* Correlação significativa para  $\rho \leq 0,05$

Através da análise da tabela 28, verificamos, no grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional, a existência de correlações significativas ( $\rho \leq 0,05$ ) entre a Satisfação/Insatisfação e a Acessibilidade/Retraimento e, entre a Satisfação/Insatisfação e o Relaxamento/Tensão,

## 4.2) ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Vamos em seguida analisar os resultados da comparação das variáveis dependentes do nosso estudo, em função dos diferentes grupos em análise, através do recurso às técnicas estatísticas T de Student e One Way Anova. A análise dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos utilizados permite fazer inferências sobre a população, conjecturar conclusões válidas para a presente investigação.

No quadro 2, podemos ver os valores do grau de significância entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável prática desportiva.

**Quadro 2 – Grau de significância do teste T entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável prática desportiva**

	Prática regular		Prática ocasional		F	t	df	Sig. (2-tailed)
	M	DP	M	DP				
<b>CF</b>	61,870	9,251	43,389	13,084	2,774	5,480	23,955	0,000**
<b>AF</b>	54,457	9,852	47,778	11,745	0,181	2,136	26,879	0,042*
<b>ACF</b>	116,326	17,517	91,167	20,535	0,192	4,586	27,226	0,000**
<b>GSE</b>	30,761	4,040	28,111	2,888	3,662	2,930	43,390	0,005**

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

Analisando o quadro 2, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre participantes de prática regular e participantes de prática ocasional na dimensão Aparência Física, para uma probabilidade de erro de  $p \leq 0,05$ , na Autoestima Global, com uma probabilidade de erro de  $p \leq 0,01$ , e na dimensão Competência Física e no Autoconceito Físico, para uma probabilidade de erro associada a  $p \leq 0,00$ , sendo portanto esta diferença altamente significativa.

O quadro 3.1 apresenta os valores do grau de significância entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal, em função da variável género relativamente ao grupo de indivíduos de prática regular.

**Quadro 3.1 – Grau de significância do teste T entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável género**  
**Grupo de indivíduos de prática regular**

	Prática regular				F	t	df	Sig. (2-tailed)
	Masculino		Feminino					
	M	DP	M	DP				
<b>ACT/PASS</b>	17,514	2,714	15,000	2,121	1,002	-2,585	44	0,013*

\*\*  $\rho \leq 0,01$  \*  $\rho \leq 0,05$

Através da análise do quadro 3.1, verificamos que existem diferenças significativas entre os indivíduos de prática desportiva regular de género masculino e os indivíduos de prática desportiva regular de género feminino no factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal, para uma probabilidade de erro associada a  $\rho \leq 0,05$ .

O quadro 3.2 apresenta os valores do grau de significância entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável género relativamente ao grupo de indivíduos de prática ocasional.

**Quadro 3.2 – Grau de significância do teste T entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável Género**  
**Grupo de indivíduos de prática ocasional**

	Prática ocasional				F	t	df	Sig. (2-tailed)
	Masculino		Feminino					
	M	DP	M	DP				
<b>CF</b>	46,923	11,687	34,200	13,103	0,201	-2,005	16	0,062
<b>ACT/PASS</b>	19,231	2,862	13,800	3,899	0,479	-3,273	16	0,005**

\*\*  $\rho \leq 0,01$  \*  $\rho \leq 0,05$

Através da análise do quadro 3.2, verificamos que existem diferenças significativas entre os indivíduos de prática desportiva ocasional de género masculino e os indivíduos de prática desportiva ocasional de género feminino no factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal, para uma probabilidade de erro associada a  $\rho \leq 0,01$ . Tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos, podemos considerar a Competência Física como um valor significativo marginal, porque em estudos com amostras maiores este nível seria significativo.



No que se refere ao grupo de indivíduos praticantes de actividade física regular, a análise dos valores do grau de significância entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável origem de deficiência, revela que não existem diferenças significativas entre os indivíduos de prática regular com deficiência congénita e os indivíduos de prática regular com deficiência de origem adquirida em nenhuma das variáveis dependentes em estudo.

O quadro 4 apresenta os valores do grau de significância entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal, em função da variável origem de deficiência relativamente ao grupo de indivíduos de prática ocasional.

**Quadro 4 – Grau de significância do teste T entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável origem de deficiência**

**Grupo de indivíduos de prática ocasional**

	Prática ocasional				F	t	df	Sig. (2-tailed)
	Deficiência Congénita		Deficiência adquirida					
	M	DP	M	DP				
<b>GSE</b>	27,688	2,469	31,500	4,950	2,515	-1,888	16	0,077

\*\*  $p \leq 0,01$  \*  $p \leq 0,05$

Relativamente ao grupo de indivíduos praticantes ocasionalmente de actividade física, a análise dos valores do grau de significância entre as autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal (quadro 4), em função da variável origem de deficiência, revela que também não existem diferenças significativas entre os indivíduos de prática ocasional com deficiência congénita e os indivíduos de prática ocasional com deficiência adquirida em nenhuma das variáveis dependentes em estudo. No entanto, tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos, (18 participantes neste grupo) podemos considerar a Autoestima Global como um valor significativo marginal, porque em estudos com amostras maiores este nível seria significativo.

O quadro 5 apresenta os valores do grau de significância entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal, em função da variável frequência de prática desportiva.

**Quadro 5 – Grau de significância da análise de variância - Anova entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável frequência de prática desportiva**

	Não definida		2 vezes por semana		3 ou mais vezes por semana		F	Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>ACF</b>	43,389	13,084	59,300	9,214	66,688	7,391	14,524	0,000**
<b>CF</b>	47,778	11,745	53,267	10,099	56,688	9,264	24,570	0,000**
<b>AF</b>	91,167	20,535	112,567	18,205	123,375	14,090	3,236	0,046*
<b>GSE</b>	28,111	2,888	29,800	4,139	32,563	3,245	6,528	0,003**

\*\*  $\rho \leq 0,01$  \*  $\rho \leq 0,05$

No que concerne à frequência de prática (três ou mais vezes por semana, duas vezes por semana e sem prática regular), através da análise do quadro 5, verificamos que existem diferenças significativas no subdomínio Aparência Física, para uma probabilidade de erro de  $\rho \leq 0,05$ , na Autoestima Global, para uma probabilidade de erro de  $\rho \leq 0,01$ , e no subdomínio Competência Física e no Autoconceito Físico, para uma probabilidade de erro associada a  $\rho \leq 0,00$ , sendo portanto esta diferença altamente significativa.

O quadro 6 apresenta os valores do grau de significância entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal, em função da variável nível competitivo.

**Quadro 6 – Grau de significância da análise de variância - Anova entre autopercepções no domínio físico, a Autoestima Global e as dimensões da Imagem Corporal em função da variável nível competitivo**

	Prática ocasional		Nível nacional		Nível internacional e paralímpico		F	Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>ACF</b>	43,389	13,084	58,233	8,135	68,688	7,264	17,667	0,000**
<b>CF</b>	47,778	11,745	52,700	9,289	57,750	10,325	30,163	0,000**
<b>AF</b>	91,167	20,535	110,933	16,047	126,438	15,983	3,989	0,024*
<b>GSE</b>	28,111	2,888	29,967	4,047	32,250	3,697	5,391	0,007**

\*\*  $\rho \leq 0,01$  \*  $\rho \leq 0,05$

Relativamente aos níveis competitivos considerados no nosso estudo, com base na análise do quadro 6, verificamos que existem diferenças significativas no subdomínio Aparência Física, para uma probabilidade de erro de  $\rho \leq 0,05$ , na Autoestima Global, para uma probabilidade de erro de  $\rho \leq 0,01$ , e no subdomínio Competência Física e no Autoconceito Físico, para uma probabilidade de erro associada a  $\rho \leq 0,00$ , sendo portanto esta diferença altamente significativa.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No presente capítulo iremos proceder à discussão dos resultados, apresentados no capítulo anterior, com o intuito de uma melhor compreensão do seu significado, estabelecendo associações com outros estudos analisados no quadro da revisão da literatura.

Com base nos resultados obtidos através da estatística descritiva verificamos que 71% dos inquiridos praticam regularmente actividade física, sendo atletas de nível competitivo, enquanto que 28,1% praticam actividade física apenas em momentos ocasionais. No que diz respeito à variável género, dos 64 indivíduos inquiridos, 21,9% são do género feminino (n=14) e 78% são indivíduos do género masculino (n=50). Esta discrepância no número de indivíduos pertencentes ao género masculino e feminino vem comprovar a condição sugerida por Sherrill (1998) que refere que a deficiência é mais comum entre os homens do que entre as mulheres.

Relativamente à variável origem de deficiência, 84,4% dos indivíduos adquiriram a deficiência numa fase pré-natal ou natal (deficiência congénita) e 15,6% dos indivíduos adquiriram a deficiência numa fase pós-natal (deficiência adquirida). Segundo Sherrill (1998), cerca de 90% dos casos de paralisia cerebral ocorrem antes ou durante o nascimento. Esta consideração vem comprovar o número elevado de inquiridos com origem congénita existente na nossa amostra.

Os valores da estatística descritiva relativos aos scores obtidos nas diferentes dimensões das autopercepções no domínio físico demonstram que, na Competência Física, Aparência Física e Autoconceito Físico, os valores são mais elevados nos indivíduos com paralisia cerebral que praticam regularmente actividade física. Em complemento, no que diz respeito à frequência de prática desportiva, o Autoconceito Físico e seus subdomínios (Competência Física e Aparência Física) e também a Autoestima Global, apresentam os valores médios mais elevados nos indivíduos que praticam actividade física três ou mais vezes por semana. Estes resultados confirmam os anteriormente obtidos em estudos realizados em indivíduos sem deficiência (Sonstroem e Morgan, 1989; Mutrie, 1997; Fox, 2000, ; Carless & Fox, 2003) e que sugerem a existência de uma forte influência nas autopercepções no domínio físico devido à participação em actividades físicas. No contexto das populações especiais,

os resultados do nosso estudo confirmam os alcançados em pesquisas realizadas que exploraram os efeitos qualitativos que a participação em desportos competitivos de características aeróbicas provocam nas autopercepções dos indivíduos com deficiência (Jackson e Fredickson, 1979; Monnazzi, 1982; Valliant, Bezzubyk, Daley e Asu, 1985; Greenwood, Dzewaltouski e French, 1990; Campbell, 1995; Blinde e Taub, 1996), devido ao facto do corpo ser o principal meio através do qual esta actividade se desenvolve e se exterioriza, a participação pode afectar o Autoconceito físico (Goodling e Asken, 1987; Greenwood, et al., 1990; Hedrck, 1985; Tamb e Blinde, 1996).

Relativamente à Autoestima Global, os valores são mais elevados em indivíduos que praticam regularmente actividade física, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com prática regular e indivíduos com prática ocasional, para uma probabilidade de erro de  $\rho \leq 0,01$ . Segundo considerações de Fox (2000, 2003, in press) e pelo modelo de Sonstroem e Morgan (1989), ambos desenvolvidos em populações sem deficiência, a Autoestima é um constructo relativamente estável, pelo que a participação em actividades físicas provoca um efeito fraco na Autoestima e um efeito forte nas autopercepções no domínio físico. Os resultados obtidos no nosso estudo relativos aos elevados níveis de Autoestima nos indivíduos com paralisia cerebral atletas, não são completamente conduzidos e suportados pelas considerações anteriormente referidas. No entanto, importa referir que Fox (in press) também refere que os efeitos da participação em actividades físicas são provavelmente maiores nos indivíduos com baixa Autoestima inicial, presumivelmente, indivíduos com deficiência motora (Cromer, Enrile, McCoy, Gerhardstern, Fitzpark e Judis, 1990), tendo sido estes grupos que apresentaram um maior incremento. Outro factor explicativo destes níveis superiores de Autoestima em praticantes de actividades desportivas poderá estar também na 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), adquirindo este aspecto social ainda mais importância nos indivíduos com deficiência. Estes aspectos não podem deixar de ser considerados quando analisamos uma possível justificação para os valores elevados de Autoestima nos indivíduos do nosso estudo que praticam regularmente actividade física.

Para indivíduos de prática ocasional, sem uma frequência de prática regular, a dimensão do Autoconceito Físico que obtém média mais elevada é a Aparência

Física, enquanto que, para indivíduos de prática regular que definem uma frequência de prática, a Competência Física é a dimensão com mais peso no Autoconceito Físico. Marsh e Peart (1988), citados por Marsh, Horsely, Perry e Roche (1986), demonstraram no seu estudo que a forma física está relacionada substancialmente com a subescala Competência Física e modestamente com a Aparência Física, o que de alguma forma explica os resultados que foram obtidos no grupo de indivíduos com prática regular.

Relativamente às 4 dimensões que constituem a Imagem Corporal, à excepção do factor Relaxamento/Tensão em que os valores se apresentam muito semelhantes, os resultados são ligeiramente mais elevados no caso dos indivíduos praticantes de actividade física regular. Um estudo de Huddy, Niemn, e Johnson (1993), considera possível o efeito das actividades desportivas na Imagem Corporal; outros investigadores sugerem que atletas têm um Autoconceito mais elevado que não-atletas em áreas do Autoconceito relacionadas com competências atléticas e imagem corporal (Marsh, Horsely, Perry e Roche (1986), uma vez que a vivência das actividades físico-desportivas trazem aos seus praticantes modificações físicas e psicológicas positivas (Batista, 2000). Os estudos mencionados anteriormente foram realizados com indivíduos sem deficiência, no entanto, os resultados foram muito semelhantes em relação à nossa população, pelo que o seu interesse em termos comparativos, leva-nos a considerar importante a sua referência.

No que concerne à variável género, os valores médios de todos os constructos das autopercepções no domínio físico são mais elevados para o género masculino, quando comparados com o género feminino. Esta diferença em termos da variável género, foi igualmente encontrada em outros estudos (Fonseca & Fox, 2003; Ferreira & Fox, 2004) e dão ênfase à proposta de Fox (1990), que sustenta a necessidade da análise das autopercepções no domínio físico ser sistematicamente conduzido pelo género. Contextualizando no âmbito das populações especiais, a proposta de Fox (1990) para indivíduos sem deficiência, também se confirma em outros estudos realizados com indivíduos com deficiência motora (Ferreira & Fox, 2002a, 2002b, 2003, 2004). No que concerne aos valores médios de Autoestima Global (GSE), os resultados do nosso estudo também são mais elevados para o género masculino, no entanto, no estudo de Ferreira e Fox (2004) os valores relativos à Autoestima Global aumentam ligeiramente para o género feminino, sendo importante salientar o reduzido número de indivíduos de género feminino presente na amostra (n=5).

Outros autores, com resultados semelhantes aos nossos, sugerem ainda que factores sociais, ambientais, psicológicos e contextuais, tais como o género, influenciam o desenvolvimento da Autoestima e também a dimensão em que o indivíduo interpreta a desordem ou inabilidade (Imrie, 1997, Sherril, 1997). Esta diferença de valores, entre os indivíduos do género masculino, em comparação com indivíduos de género feminino, é maior ao nível do Autoconceito Físico, da Competência Física e do factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal. Relativamente a este factor da Imagem Corporal importa confirmar que as diferenças existentes em termos da variável género são estatisticamente significativas nos dois grupos de indivíduos de prática desportiva, sendo que no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, a probabilidade de erro está associada a  $p \leq 0,01$ ; e no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, a probabilidade de erro refere-se a  $p \leq 0,05$ .

No que concerne à variável origem de deficiência, o Autoconceito Físico e suas dimensões, a Autoestima Global e os factores Acessibilidade/Retraimento e Satisfação/Insatisfação da Imagem Corporal apresentam valores superiores quando se referem a indivíduos com deficiência adquirida. Em termos de Autoestima, Wright, 1983; Hopper, 1984; Zoerink, 1992, citados por Campbell, 1995, confirmaram os resultados obtidos no nosso estudo, mostrando que quanto mais tardia fosse adquirida a deficiência física, mais elevada era a Autoestima do indivíduo. Outra hipótese explicativa no âmbito da origem da deficiência denomina-se “crescer através de adversidades” (Glueckauf & Quittner, 1984; Sherrill, Silliman, Gench & Hinson, 1990, citado por Campbell, 1995), considerando que indivíduos com disfunções adquiridas mais tarde na vida têm de desenvolver melhores skills de superação, que nestas condições, podem ser usados para realçar o seu bem-estar psicológico (Campbell 1995).

No que concerne às dimensões do Autoconceito Físico, a Competência Física possui uma media mais elevada tanto nos indivíduos com deficiência de origem congénita, como nos indivíduos com deficiência adquirida. Estes resultados podem ser explicados tendo em conta o impacto negativo da deficiência motora na imagem corporal (Romeo, Wanlass e Arenas, 1993, citado por Batista 2000). Assim, nesta população, a percepção e a satisfação corporal podem ser induzidas para as capacidades corporais, considerando a competência física mais importante do que a aparência do próprio corpo com deficiência que é percebido negativamente.

Relativamente à variável nível competitivo, o Autoconceito Físico e suas dimensões, a Autoestima Global e os factores da Imagem Corporal Acessibilidade/Retraimento, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão, apresentam valores médios mais elevados em atletas internacionais e paralímpicos, quando comparados com atletas de nível nacional. A Competência Física é, mais uma vez, a dimensão com média de valores mais elevada tanto em praticantes de nível nacional, como em indivíduos que competem a nível internacional e paralímpico. Estes resultados confirmam as considerações de outros autores que referem que a performance bem sucedida é muito importante para uma elevada auto-eficácia, sendo o nível competitivo um importante factor no bem-estar psicológico dos atletas (Bandura, 1984; Campbell & Jones, 1994; Campbell, 1995). No que diz respeito à Imagem Corporal destes indivíduos, a dimensão Satisfação/Insatisfação apresenta os valores médios mais elevados em praticantes a nível nacional. Estes resultados confirmam o pressuposto de que os indivíduos praticantes de actividade física a nível nacional não são tão exigentes com a sua competência física, como os indivíduos que competem a nível internacional e paralímpico. Por outro lado, parece que praticantes em níveis de competição superiores, apesar de possuírem uma maior acuidade corporal e condição física, também parecem ter uma percepção mais elevada, tornando-a mais crítica e exigente relativamente ao seu próprio corpo e ao rendimento global (Batista, 2000). Este aspecto também parece ser explicativo do facto de indivíduos praticantes em níveis de competição inferiores obterem valores mais elevados em termos de satisfação corporal.

No que diz respeito à estrutura hierárquica do modelo original (Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976: citado por Marsh, 1998), foram identificados uma série de critérios para a definição do constructo Autoconceito. Os mais importantes para o nosso estudo são os seguintes: (1) o Autoconceito é multidimensional; (2) o Autoconceito é hierárquico, com percepções do comportamento humano em situações específicas na base da hierarquia, inferências acerca do «Eu» em diferentes domínios (e. g., social, académico e físico) no meio da hierarquia, e um Autoconceito global e geral no vértice da hierarquia; (3) o Autoconceito é simultaneamente descritivo e evaluativo. Shavelson et al. apresentam uma representação possível deste modelo hierárquico no qual o «Eu» geral aparece no cume e é dividido no nível seguinte em Autoconceito Académico e Não-Académico. O Autoconceito



Académico é decomposto particularmente em conceitos relativos às áreas escolares, enquanto o Autoconceito Não-Académico é constituído pelo Autoconceito Social, Emocional e Físico. Cada um destes é inferiormente decomposto, nomeadamente, o Autoconceito Físico é dividido em Competência Física e Aparência Física, sendo estes os constructos que se encontram na base da hierarquia. Tendo em conta que para a presente investigação, foi apenas utilizado a Escala de Autoconceito Físico – versão reduzida do Self Description Questionnaire III, neste âmbito, os resultados obtidos suportam a organização multidimensional e hierárquica do Autoconceito Físico.

Neste âmbito da nossa investigação, é de extrema relevância comparar os resultados obtidos com outros demonstrados por Fox & Corbin (1989). Ambos os estudos fornecem um suporte para a multidimensionalidade e hierarquia do constructo Autoconceito Físico, existindo uma similaridade em termos de organização hierárquica e em termos conceptuais entre as escalas utilizadas. No que concerne à estrutura hierárquica do modelo original de Fox (1990), este esboçou quatro condições que favorecem o suporte para verificar a estrutura hierárquica: a) a Autovalorização Física deve demonstrar uma maior relação com a Autoestima Global em todas as dimensões; b) as dimensões devem demonstrar uma relação mais forte com a Autovalorização Física do que com a Autoestima Global; c) o relacionamento entre as dimensões e a Autoestima Global deve ser largamente reduzida ou extinguida quando os efeitos da Autovalorização Física são removidos estatisticamente ou quando controlados pelas correlações parciais e, d) o relacionamento entre as dimensões deve ser menor quando os efeitos do Autovalorização são removidos. Superficialmente podemos relacionar o Autoconceito Físico de Shavelson, Hubner, & Stanton (1976), citado por Marsh (1998), e as suas duas escalas (Competência Física e Aparência Física) com a Autovalorização Física de Fox (1990) e duas das suas quatro dimensões (Competência Desportiva e Atracção Corporal).

Deste modo, com base nas tabelas 18, 20, 22 e 24, relativos às correlações entre as diferentes dimensões do ACF e GSE, podemos demonstrar que a condição a) se confirma nos grupos de indivíduos de prática regular, de ambos os géneros e ainda no grupo de indivíduos de género feminino de prática ocasional, pois a Autoestima Global correlaciona-se mais com o Autoconceito Físico do que com as subescalas na base da hierarquia. Estas relações suportam a existência do constructo do

Autoconceito Físico como um resultado generalizado de percepções relativas à Competência Física e a Aparência Física e como um mediador entre a Autoestima Global e os subdomínios. Relativamente aos resultados obtidos no grupo de indivíduos de género masculino praticante de actividade física ocasional, a Autoestima Global correlaciona-se mais fortemente com um dos subdomínios da base da hierarquia (Competência Física) do que com o Autoconceito Físico, deste modo a condição a) não é suportada pelos dados.

Quanto à condição b) de verificação da estrutura hierárquica do modelo, confirma-se os seus pressupostos em todos os grupos de indivíduos estudados, uma vez que cada subdomínio do Autoconceito Físico apresenta, em todos os grupos avaliados, uma relação mais forte com o Autoconceito Físico do que com a Autoestima Global.

Do mesmo modo, analisando os quadros relativos às correlações controlando o efeito do Autoconceito Físico, verificamos que, nos grupos de indivíduos de prática regular de ambos os géneros e ainda no grupo de indivíduos de género feminino de prática ocasional (tabelas 19, 21 e 23), quando os efeitos do Autoconceito Físico são removidos, o relacionamento entre as dimensões (Competência Física e Aparência Física) e a Autoestima Global foi consideravelmente reduzido. Estes dados vão ao encontro dos requisitos c) que fundamentam o modelo em estudo. Contudo, tendo em conta os resultados apresentados na tabela 25, podemos ver que, no grupo de indivíduos de género masculino, praticantes de actividade física ocasional, a condição c) não se confirma, uma vez que, em vez de ocorrer uma diminuição nas relações entre GSE e cada um dos subdomínios (Competência Física e Aparência Física), estas relações aumentaram de intensidade nos dois casos.

Relativamente à condição d), esta não se confirma em nenhum dos grupos, pois quando os efeitos do Autoconceito Físico foram estatisticamente removidos, a relação entre as duas dimensões (Competência Física e Aparência Física) aumentou, sendo a correlação entre as dimensões altamente significativa ( $\rho = 0,00$ ) nos 4 grupos de indivíduos considerados. Assim, estes dados não fundamentam o Autoconceito Físico como um constructo mediador entre os subdomínios, que se encontram na base da hierarquia, e a Autoestima Global.

A análise de regressões múltiplas (*stepwise method*), tendo como variável dependente o Autoconceito Físico, revelou que os dois subdomínios do Autoconceito Físico (Competência Física e Aparência Física) conseguem explicar 100,0% da

variância no Autoconceito Físico dos indivíduos com paralisia cerebral participantes do nosso estudo. Também é importante referir que a dimensão Aparência Física fundamenta o Autoconceito Físico para 75,1% dos indivíduos de género feminino praticantes de actividade física regular, para 96,5% dos indivíduos de género feminino praticantes de actividade física ocasional e para 87,4% dos indivíduos praticantes de actividade física regular.

A partir dos resultados relativos a indivíduos de género masculino de prática ocasional, verificamos que a Competência Física é a variável preditora do Autoconceito Físico, sendo este resultado explicado para 66,7% dos indivíduos pertencentes a este grupo.

A inabilidade do Autoconceito Físico para prever a prática desportiva ocasional cria algumas questões acerca da utilidade do Autoconceito Físico no modelo hierárquico do grupo de inquiridos de género masculino de prática ocasional. Neste caso, a utilidade do Autoconceito Físico para especificar alguns comportamentos deste grupo de indivíduos torna-se questionável. Também sabemos que os indivíduos do género masculino, que praticam actividade física numa forma ocasional, não são tão sujeitos a pressões externas, que influem na percepção de competência física que fazem de si próprios e também não são tão exigentes consigo próprios, como os indivíduos que praticam regularmente actividade física. Face aos resultados apresentados no nosso estudo, e tendo em conta as considerações descritas anteriormente, podemos depreender que indivíduos de prática ocasional têm um deficiente nível de consciencialização face ao corpo e face à competência do seu corpo. No caso dos indivíduos de género feminino de prática ocasional isto já não se verifica, uma vez que, segundo os autores Garner et al., 1985; Mishkind et al. 1986; Silberstein et al., 1988), as mulheres realizam exercício físico essencialmente por causa da aparência.

Relativamente à comparação entre grupos, e no que diz respeito às hipóteses inicialmente formuladas, podemos afirmar que:

Aceitamos a hipótese alternativa 1H1, refutando a hipótese nula 1H0, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre as autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável prática desportiva.

Aceitamos a hipótese alternativa 2H1, refutando a hipótese nula 2H0, dado que existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável prática desportiva.

Aceitamos a hipótese nula 3H0, refutando a hipótese alternativa 3H1, porque não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável prática desportiva.

Aceitamos a hipótese nula 4H0, refutando a hipótese alternativa 4H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável género, tanto no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

Aceitamos a hipótese nula 5H0, refutando a hipótese alternativa 5H1, dado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável género, tanto no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

Aceitamos parcialmente a hipótese alternativa 6H1, refutando a hipótese nula 6H0, porque existe diferenças estatisticamente significativas entre o factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal, em função da variável género, tanto no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional, no entanto estas diferenças não são extensivas às restantes dimensões.

Aceitamos a hipótese nula 7H0, refutando a hipótese alternativa 7H1, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável origem da deficiência, tanto grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

Aceitamos a hipótese alternativa 8H1, refutando a hipótese nula 8H0, dado que existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima, em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional, embora as diferenças existentes revelem um valor significativo marginal, no entanto, tendo em conta que se trata de uma amostra com um número reduzido de indivíduos (18 participantes neste grupo), podemos considerar que existem diferenças estatisticamente significativas na Autoestima Global, porque em estudos com amostras maiores este nível seria significativo.

Aceitamos a hipótese nula 9H0, refutando a hipótese alternativa 9H1, porque não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável origem da deficiência, tanto grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

Aceitamos a hipótese alternativa 10H1, refutando a hipótese nula 10H0, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável frequência de prática.

Aceitamos a hipótese alternativa 11H1, refutando a hipótese nula 11H0, dado que existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável frequência de prática.

Aceitamos a hipótese nula 12H0, refutando a hipótese alternativa 12H1, porque não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável frequência de prática.

Aceitamos a hipótese alternativa 13H1, refutando a hipótese nula 13H0, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis relativas às autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) em função da variável nível competitivo.

Aceitamos a hipótese alternativa 14H1, refutando a hipótese nula 14H0, dado que existem diferenças estatisticamente significativas entre a Autoestima em função da variável nível competitivo.

Aceitamos a hipótese nula 15H0, refutando a hipótese alternativa 15H1, porque não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável nível competitivo.

## **CAPÍTULO VI**

# **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS**

Neste capítulo apresentaremos as conclusões do nosso estudo, tendo em conta as suas limitações, bem como algumas recomendações que consideramos importantes para estudos diferentes.

### **6. CONCLUSÕES**

#### **6.1) CONCLUSÕES DE CARÁCTER DESCRITIVO**

Segundo uma amostra de 64 indivíduos, concluímos que 71,0% dos inquiridos praticam regularmente actividade física, sendo atletas de nível competitivo, enquanto que 28,1% praticam actividade física apenas em momentos ocasionais (ver quadro 1).

Dos 64 indivíduos inquiridos, 21,9% são do género feminino e 78,0% são indivíduos do género masculino. Esta discrepância vem comprovar que a paralisia cerebral é mais incidente nos homens do que entre mulheres. No que diz respeito à prática desportiva, concluímos que os indivíduos de género masculino praticam mais actividade física regular (74,0%) do que os indivíduos de género feminino (64,3%).

Relativamente à origem de deficiência, 84,4% dos indivíduos apresentam deficiência congénita e 15,6 % dos indivíduos adquiriram a deficiência numa fase pós-natal. Esta incidência na nossa amostra vem comprovar que a maioria dos casos de paralisia cerebral ocorrem antes ou durante o nascimento.

Depois de cruzar as diferentes variáveis dependentes entre si (tipo de prática desportiva, género, origem da deficiência e nível competitivo), e interpretar os resultados obtidos através da estatística descritiva, foi possível verificar que:

➤ Prática desportiva / Género - o Autoconceito Físico e a Autoestima global apresentam valores médios mais elevados nos indivíduos de prática regular de ambos os géneros.

➤ Origem da deficiência / Género – nas autopercepções no domínio Físico e também na Autoestima Global os valores médios são mais elevados nos indivíduos com deficiência adquirida. A Aparência Física é a única que apresenta valores mais

elevados nos indivíduos com deficiência adquirida de género feminino, do que nos indivíduos com deficiência adquirida de género masculino.

➤ Nível competitivo / Género – a Autoestima global, o Autoconceito Físico e a Competência física apresentam valores médios mais elevados nos indivíduos que praticam actividade física a nível nacional e internacional e paralímpico.

➤ Tipo de Prática desportiva / Origem da deficiência – o Autoconceito físico e seus subdomínios apresentam os valores médios mais elevados nos indivíduos com prática desportiva regular. No entanto, relativamente à Autoestima global esta mostra valores mais elevados nos indivíduos com deficiência adquirida do que nos indivíduos de prática desportiva ocasional ou regular. Em relação à Imagem Corporal, na dimensão Satisfação/Insatisfação, os indivíduos com deficiência adquirida apresentam os valores médios mais elevados.

➤ Nível competitivo / origem da deficiência – todas as variáveis dependentes, relativas às autopercepções no domínio físico, mostram valores mais elevados nos indivíduos que praticam actividade física a nível internacional e paralímpico, quer sejam indivíduos com deficiência adquirida ou congénita.

No que diz respeito à estrutura hierárquica do modelo apresentado por Shavelson et al. (1976), reformulado posteriormente (Marsh & Shavelson, 1985), e com uma inter-relação com os pressupostos da estrutura hierárquica de Fox & Corbin (1990), a organização hierárquica das Autopercepções no domínio físico, proporcionou parcialmente o suporte para o instrumento utilizado no nosso estudo (Escala do Autoconceito no domínio físico do SDQ-III de Marsh, 1984).

O Autoconceito Físico (ACF) surge, nos grupos de indivíduos de prática regular, de ambos os géneros e ainda no grupo de indivíduos de género feminino de prática ocasional, como um resultado generalizado de percepções relativas à Competência Física e a Aparência Física e como um mediador entre a Autoestima Global e os subdomínios. No grupo de indivíduos de género masculino de prática ocasional, a inabilidade do Autoconceito Físico para predizer, cria algumas questões acerca da utilidade do Autoconceito Físico no modelo hierárquico em estudo. Neste caso, a utilidade do Autoconceito Físico para especificar alguns comportamentos deste grupo de indivíduos torna-se questionável.

Neste âmbito podemos concluir que, em termos de organização hierárquica do modelo de Autoconceito em indivíduos com deficiência, as coisas funcionam de



modo ligeiramente diferente daquilo que até agora foi encontrado para indivíduos sem deficiência.

### **6.3) CONCLUSÕES DE CARÁCTER INFERENCIAL**

Em função das hipóteses formuladas no início do nosso estudo, podemos afirmar que:

Existem diferenças estatisticamente significativas entre:

➤ As autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) e a Autoestima, em função da variável prática desportiva;

➤ O factor Actividade/Passividade da Imagem Corporal, em função da variável género;

➤ A Autoestima, em função da variável origem da deficiência, no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional;

➤ As autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) e a Autoestima, em função da variável frequência de prática;

➤ As autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física) e a Autoestima, em função da variável nível competitivo.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre:

➤ As dimensões da Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável prática desportiva;

➤ As autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável género, tanto no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

➤ A Autoestima, em função da variável género, tanto no grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

➤ As autopercepções no domínio físico (Autoconceito Físico e as suas componentes Competência Física e Aparência Física), em função da variável origem da deficiência, tanto grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

➤ As dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável origem da deficiência, tanto grupo de indivíduos de prática desportiva regular, como no grupo de indivíduos de prática desportiva ocasional.

➤ As dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão), em função da variável frequência de prática.

➤ As dimensões relativas à Imagem Corporal (Acessibilidade/Retraimento, Satisfação/Insatisfação, Actividade/Passividade e Relaxamento/Tensão) em função da variável nível competitivo.

## **6.4) LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES FUTURAS**

### **6.4.1) Limitações**

Consideramos importante referir algumas dificuldades sentidas e algumas opções tomadas no desenvolvimento do nosso estudo:

➤ Os objectivos do estudo pressupõem que a amostra teria de ser dividida em diferentes grupos. No entanto, esta condição originou grupos não homogéneos em termos de número de sujeitos. A amostra conseguida reunia indivíduos de vários pontos do país (Lisboa, Coimbra, Braga, Porto), contudo, para conseguir grupos mais homogéneos seria necessário obter uma amostra maior e isso implicaria deslocar-me a outros pontos, o que seria muito complicado em termos de tempo disponível e também não seria suportável em termos financeiros, tendo em conta o âmbito deste estudo (tese de licenciatura).

➤ O facto de haver um escasso número de estudos desenvolvidos nesta área considerando indivíduos com paralisia cerebral, limitou consideravelmente em termos de revisão da literatura e de comparação dos resultados com outros anteriormente obtidos.

➤ Apesar ter-mos utilizado um instrumento fidedigno a avaliar as autopercepções no domínio físico (SDQ-III de Marsh, 1984) e que, por possuir um

número reduzido de itens, se encontra adaptado às características da população estudada, trata-se de um instrumento com cerca de 20 anos e, actualmente, existem outros, nomeadamente o PSPP, que se encontra validado para a população portuguesa, sendo um instrumento bastante conceituado e reconhecido na avaliação das autopercepções no domínio físico. Contudo também sabemos que este instrumento é constituído por 36 itens, o que de alguma forma dificultaria a aplicação em indivíduos com paralisia cerebral.

→ Relativamente à Imagem corporal seria importante estudar este constructo em indivíduos com paralisia cerebral com outro instrumento, dado que o *Body Image Questionnaire*, neste estudo, não mostrou sensibilidade na avaliação das diferentes dimensões da Imagem Corporal.

#### **6.4.2) Recomendações**

Para que estudos posteriores, relacionados com a área do nosso estudo, possam ser elaborados, parece-nos importante mencionar algumas recomendações:

- Adoptar um maior número de variáveis independentes, de forma a enriquecer o estudo realizado: anos de prática, classe da deficiência, nível sócio-económico, entre outras.

- Adoptar um maior número de variáveis dependentes, de modo a enriquecer o estudo do bem-estar psicológico nesta população: Stress, ansiedade, depressão, ansiedade, estados de humor, entre outras que já se encontram estudadas para populações sem deficiência.

- Estudar o Autoconceito físico em indivíduos com paralisia cerebral, com um instrumento mais actual, nomeadamente o Physical Self-Perception Profile, PSPP<sub>p</sub>,

- Estudar a Imagem Corporal em indivíduos com paralisia cerebral com outro instrumento

- Fazer um estudo ao nível das autopercepções no domínio físico, Autoestima e Satisfação Corporal entre atletas e ex-atletas nas populações especiais.

## BIBLIOGRAFIA

- 📖 Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- 📖 Baptista, P.M. (2000). Satisfação com a imagem corporal e autoestima - estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de actividade física. *Revista Horizonte*, 16, (91), 9-15.
- 📖 Baumeister, R. F. (1993). *Self-esteem: the puzzle of low self-regard*. Plenum Press, New York.
- 📖 Benson, E., & Jones, G. (1992). Psychological implications of physical activity in individuals with physical disabilities. In T. Williams, L. Almond, & A. Sparkes (Eds.), *Sport and physical activity. Moving towards excellence* (pp. 278-283). London: Spon.
- 📖 Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 427-456.
- 📖 Blinde, E., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the Physical and Social Self Through Recreational Activity: Accounts of Individuals with Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- 📖 Bruchon-Schweitzer, M.(1990). *Une psychologie du corps*. Paris: PUF.
- 📖 Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Dimensionality of the Body- Image Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 887-892.
- 📖 Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of self-esteem*. San Francisco. W. H. Freeman & Co. Pubs.

- 📖 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, R. N. (1984). *The new science: Self-esteem psychology*. Lanham, MD: University Press of America.
- 📖 Campbell, E., & Jones, G. (1994). Psychology Well-being in Wheelchair Sport Participants and Nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11, 404-415.
- 📖 Carless, D., & Fox, K. (2003). The Physical Self. In Everelt, T., Donaghy, M. & Feaver, S. (Eds.). *Interventions for Mental Health: An evidenced based approach for physiotherapists and occupational therapists* (pp. 69-81). London: Butterworth-Heiseman.
- 📖 Castro, J. (1996). O Deficiente e o Desporto. *Revista Horizonte*, XIII (74), 26–30.
- 📖 Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of self-esteem*. San Francisco. W. H. Freeman & Co. Pubs.
- 📖 Davies, C. (1997). Body image, exercise and eating behaviours. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp.143-174). Champaign, IL: Human Kinetics.
- 📖 DePaw (1986). Research on sport for athletes with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 3, 292-299.
- 📖 Greenwood, C. M, Dzewaltwski, D. A., & French, R. (1990). Self efficacy and psychological well-being of wheelchair tennis participants and wheelchair nontennis participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 7, 12-21.
- 📖 Henschen, R., Horvat, M., & French, R. (1984). A visual comparison of psychological profiles between able-bodied and wheelchair athletes. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 1, 118-124.

- 📖 Descartes (s.d.). *Meditações de Filosofia Primeira*. Coimbra Almedina.
- 📖 Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, (3), 542-575.
- 📖 Duda, J.L. (1998). *Advances in Sport and Exercise Psychology Measurement*. Morgantown, WV: Fitness Information Technology, Inc.
- 📖 Epstein, S. (1973). The self-concept revisited or the theory of a theory. *American Psychologist*, 28, 405-416.
- 📖 Ferreira, J. P. (1997). *Desenvolvimento da Criança – Variante em Desenvolvimento Motor*. Dissertação de mestrado em Ciências do Desporto. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- 📖 Ferreira, J.P. & Fox, K.R. (2004). *Self-perceptions and exercise in groups with special needs: preliminary analysis*. Paper presented at the I International Symposium of Exercise and Health Psychology, Coimbra.
- 📖 Ferreira, J. P., & Fox, K.R. (2002a). *Physical Self-Perceptions and Global Self-Esteem in Portuguese students* (vol. 2, p.959). Paper presented at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens, Greece.
- 📖 Ferreira, J. P., & Fox, K.R. (2002b). *Cross-cultural validity of a Portuguese version of Physical Self-Perception Profile* (vol.1, p.531). Paper presented at the 7th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, Athens.
- 📖 Ferreira, J.P., & Fox, K.R.(in press). An investigation into the structure, reliability, and validity of a Portuguese version of the Physical Self- Perception Profile. Universidade de Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- 📖 Ferreira, V. (1973). *Invocação ao meu Corpo*. Lisboa: 1973, pp. 283-290.

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

📖 Fonseca, P. N. (2003). *Auto-Percepções no domínio físico: estudo realizado em crianças e jovens na faixa etária 11-14 anos*. Universidade de Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, 16-19.

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

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

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

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

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

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

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

📖 Guthrie, S. (1999). Managing Imperfection in a Perfectionist Culture: Physical Activity and Disability Management Among Women with Disabilities. *National Association for Physical Education in Higher Education*, 51, 369-381.

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

📖 Harter, S. (1996). Historical roots of contemporary issues involving the self-concept. In: Bracken B. A. (ed.) *Handbook of Self-concept: developmental, social, and clinical considerations*. Wiley, New York, pp. 1-37.

📖 Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of self-concept in children. In J. Suls & Greenwal (eds.), *Psychological perspectives on the self*. (vol. 3, pp.136-182). Hillsdale, NJ: Elbaum.

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

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

📖 Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: toward a development model. *Human Development*, 1: 34-64.

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

📖 Horvat, M. R., French, R., & Henschen, R. (1986). A Comparison of the psychological characteristics of male and female able-bodied and wheelchair athletes. *Paraplegia*, 24, 115-122.



📖 Huddy, D. C., Neiman, D. C., & Johnson, R., L. (1993). Relationship between body-image and percent body fat among college male varsity athletes and non-athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 77, 851-857.

📖 Imrie, R. (1997). Rethinking the relationships between disability, rehabilitee, and society. *Disability and Rehabilitation*, 19,(7), 263-271.

📖 Koleck, M., *et al.*, (2002). The Body- Image Questionnaire: An extension. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 189-196.

📖 Mahoney, E. R. & Finch, M. D. The dimensionality of body cathexis. *Journal of Psychology*, 92, 277-279.

📖 Marsh, H.W. (1998). Age and Gender Effects in Physical Self- Concepts for Adolescent Elite Athletes and Nonathletes: A Multicohort – Multioccasion Desig. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 237-259.

📖 Marsh, H. (1997). The Measurement of Physical Self-Concept: A construct Validation Approach.. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 27-58). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

📖 Marsh, H. W., & Byrne, B. (1988). A multifaceted academic self-concept: its hierarchical structure and its relation to academic achievement. *Journal of Educational Psychology* 80 (3): 366-380.

📖 Marsh, H. W., & Jackson, S. A. (1986). *A Multidimensional Self-concepts, Masculinity and Femininity as a function of Women's Involvement in Athletics*". In: "sex Roles". 15:391-416.

📖 Marsh, H. W., & Redmayne, R. S. (1994). A Multidimensional Physical Self-Concept and Its Relations to Multiple Components of Physical Fitness. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, 16, 45-55.

📖 Marsh, H. W. & O'Neill, R. (1984). Self-Description Questionnaire III (SDQ III): The construct validity of multidimensional self-concept ratings by late-adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21, 153-174.

📖 Marsh, H. W. & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20, 107-125.

📖 Marsh, H., Barnes, J., Cairns, L. & Tidman, M. (1984). Self-Description Questionnaire: Age and Sex Effects in the Structure and Level of Self-Concept for Preadolescent Children. *Journal of Educational Psychology*, 76 (5): 940-956.

📖 Morgan, W. P., & Goldston, S. N. (Eds.) (1987). *Exercise and mental health*, Washington, DC: Hemisphere.

📖 Morgan, W. P., & Pollock, M. L. (1977). Psychological characterization of the elite distance runner. *Annals of the New York Academic of Sciences*, 301, 382-403.

📖 Murphy, G. (1947). *Personality: a biosocial approach to origins and structure*. Harper and Row, New York.

📖 Mutrie, N. (1997). The Therapeutic Effects of Exercise on the Self. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to well-being* (pp. 287-314). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

📖 Ninot, G., Fortes, M. & Delignieres, D. (2000). A psychometric tool for the assessment of the dynamics of the physical self. *European Journal of Applied Psychology (in press)*, 1-14.

📖 Paulhus, D. L. (1984). Two-components models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 349-354.

📖 Paulsen, P., French, R., & Sherrill, C. (1990). Comparison of wheelchair athletes and nonathletes on selected mood states. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 1160-1162.

- 📖 Rodrigues, D. (1983). O desporto e a paralisia cerebral. In: D. Rodrigues (Ed.), *Educação Especial: deficiência motora. Colectânea de textos*. (pp. 217-218). Lisboa: ISEF-CDI.
- 📖 Santos, L., Graça, A. & Correia, C. (1994). *Introdução à Filosofia*. Lisboa: Editorial O Livro, p. 77.
- 📖 Snyder, E. (1984). Sports involvement for the handicapped: Some analytic and sensitizing concepts. *The Arena Review*, 8, 16-20.
- 📖 Shavelson, R., J., Hubner, J., & Stanton, G., C., (1976). Self-concept: validation of construct interpretation. *Review of Educational Research*, 46 (3): 407-441.
- 📖 Sonstroem, R. J. (1997). Physical activity and self-esteem. In: Morgan WP (ed). *Physical activity and mental health*. Taylor and Francis, Washington DC. 124-143.
- 📖 Sonstroem, R. J. & Potts S.A. (1996). Life adjustment correlates of physical self-concepts. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28 (5): 619-625.
- 📖 Sherrill, C. (1998). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan*, (Fifth edition), United States of America: McGraw-Hill, pp. 631-646.
- 📖 Sherrill, C. (1997). Disability, Identity, and Involvement. In Sport and Exercise. In K.R. Fox (Ed.). *The physical self: From motivation to weel-being* (pp. 252-286). Morgantown, WV: Fitness Information Technology.
- 📖 Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality and Disability*, 19, (4), 293-308.

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

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

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

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

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

📖 Wylie, R. C. (1989). *Measures of self-concept*. University of Nebraska, Lincoln, NB.

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

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

# ANEXOS