

VALQUIRIA REGINA DE PAULA



DESPORTO PARA CEGOS NO BRASIL: GOALBALL, UMA PRÁTICA SAUDÁVEL.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CAMPINAS – 2001**

VALQUIRIA REGINA DE PAULA

**DESPORTO PARA CEGOS NO BRASIL: GOALBALL, UMA
PRÁTICA SAUDÁVEL.**

**Monografia apresentada à graduação
da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de
Bacharel em Educação Física, sob
orientação do Prof. Dr José Júlio
Gavião de Almeida.**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CAMPINAS – 2001**



TERMO DE APROVAÇÃO

VALQUIRIA REGINA DE PAULA

DESPORTO PARA CEGOS NO BRASIL: GOALBALL, UMA PRÁTICA SAUDÁVEL.

Monografia aprovada como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Educação Física da Universidade Estadual de Campinas:

Prof. Dr. José Júlio Gavião de Almeida
Orientador

Campinas, 10 de dezembro de 2001.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela benção e por ter me iluminado neste caminho, foi graças aos momentos de oração e reflexão que pude concluir esta Monografia.

À minha mãe Maura Cruz de Paula, a base firme e forte onde eu sempre pude aportar, que sempre esteve comigo, seja ao meu lado ou em meus pensamentos, pois foram nestes pensamentos que consegui forças para suportar a distância e a saudade.

A meu pai Anésio Eloi de Paula, que já não está mais entre nós, mas que com toda certeza, está sempre ao meu lado, e olhando por mim. E sei que esteve sempre torcendo pela minha vitória.

À toda minha família, meus irmãos e irmãs, pela dedicação apoio, carinho e compreensão.

Aos meus sobrinhos por compreenderem, quando muitas vezes eu me irritei e quando não tinha tempo e nem ânimo para 'brincar' com eles.

À minha grande amiga Aletha, pela compreensão, por me ajudar nas horas mais tristes e difíceis da minha vida acadêmica e também pelo carinho que me ajudou a continuar, quando muitas vezes eu pensava em desistir.

À amiga Loise (Hopi Hari), por ter estado sempre ao meu lado no período em que lá trabalhei e por ser essa pessoa maravilhosa que sempre está pronta a me ouvir e compreender.

Aos amigos da Turma 97N (é UQA), pelos bons momentos vividos nestes cinco anos de curso, e em especial a uma amiga maravilhosa Ana Paola: obrigada pelo carinho e pela amizade.

Aos meus amigos de setor de informática da FEF: Filipe, Julio, Fátima, os 'Marcelos' (A e C), Robson, Rodrigo, Beerothi, Andréa e Leandro, muito obrigada por tudo e me desculpem se muitas vezes fui chata com vocês.

A todos do Cindep/ Paulínia, foram maravilhosas as horas que passamos juntos, aprendi muito com vocês, sem vocês talvez hoje não haveria este trabalho.

Aos monitores do Projeto com os Deficientes Visuais e ao Grupo de Estudos de Atividade Motora Adaptada (GEAMA).

E principalmente ao meu orientador J.J. "Gavião" de Almeida que me ajudou na elaboração deste trabalho, que foi a chave de tudo, obrigada pela sua compreensão, pelos desabafos, e também por me dar forças na hora em que eu mais precisei. E como disse minha amiga Alethéa: "O Gavião é uma pessoa que faz o que gosta e que gosta do que faz".

Sinceramente Obrigada!!!

“Toda visão é cegueira, uma vez que a partir do momento que possuímos a visão, desviamos a mesma para as coisas do nosso interesse, esquecendo de outras que nos cercam”.

Kotite

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iii
EPÍGRAFE.....	iv
SUMÁRIO.....	v
RESUMO.....	vi
INTRODUÇÃO.....	01
1 DESPORTO ADAPTADO.....	04
1.1 Um breve histórico.....	04
1.2 Desporto Adaptado no Brasil.....	07
1.3 Desporto para Cegos no Brasil.....	09
2 ENTENDENDO A DEFICIÊNCIA VISUAL.....	12
2.1 Definição.....	12
2.2 Classificação.....	20
3 O DESENVOLVIMENTO DO DEFICIENTE VISUAL.....	22
3.1 A importância da Atividade Física para a PPDV.....	26
4 GOALBALL.....	30
4.1 Introdução ao Goalball.....	30
4.2 A prática do Goalball e o Deficiente Visual.....	32
5 CONCLUSÃO.....	41
6 ANEXO.....	42
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

RESUMO

A Prática Esportiva está bastante difundida nos dias atuais, possibilitando a aquisição e desenvolvimento de habilidades e capacidades motoras gerais e específicas. É um meio reconhecidamente eficaz e saudável para o desenvolvimento da sociabilidade do indivíduo Deficiente Visual, visto que favorece a valorização da auto-estima, além de promover a melhora da Qualidade de Vida.

Este trabalho tem por objetivo resgatar e discutir o desporto para cegos no Brasil, em específico o Goalball, e quais os benefícios de sua prática para a Pessoa Portadora de Deficiência Visual. Realizamos um levantamento bibliográfico sobre a história do Desporto Adaptado no Brasil, visando principalmente o jogo de Goalball, suas regras e sua prática, e descrevemos sobre a Deficiência Visual, os Portadores dessa Deficiência e sua classificação para a prática esportiva.

Para atingirmos nossos objetivos, buscamos subsídios na pesquisa bibliográfica (Biblioteca da Faculdade de Educação Física – Unicamp, e acervos de outras Universidades do Brasil), e nos arquivos e documentos da Associação Brasileira de Desportos para Cegos (ABDC). Este trabalho mostra a importância da Prática Esportiva do Goalball para os Portadores de Deficiência Visual, proporcionando maior integração entre os praticantes, o desenvolvimento das capacidades e habilidades motoras, melhorando a Qualidade de Vida destas.

INTRODUÇÃO

Sempre me interessei pela área das Ciências Biológicas, em especial pelo curso de Educação Física, pensava em fazer Faculdade nessa área. Resolvi prestar vestibular, quando passei e ingressei no curso de Educação Física aqui da Unicamp, não sabia muito bem como seria. No primeiro ano de Faculdade as disciplinas eram dadas, mas comecei a pensar que não era bem aquilo que eu esperava, não tinha encontrado ainda um caminho a seguir.

Tudo se clareou quando em 1998, eu tive contato com a disciplina Esporte Adaptado, ministrada pelo Prof^o Dr. José Julio Gavião de Almeida, e logo no semestre seguinte a disciplina Estágio-Extensão em Atividade Motora Adaptada, onde comecei juntamente com o professor e outras monitoras a desenvolver um programa de Atividade Física para Pessoas Portadoras de Deficiência Visual (PPDV), e acabei me identificando com a área; e a partir daí não parei mais de trabalhar.

Como monitora da disciplina de Estágio, tive a oportunidade de acompanhar o grupo de PPDV, em viagens onde eles faziam atividades como: Canyoning, Rafting, Trilha, além das atividades propostas para o desenvolvimento das habilidades e capacidades gerais e específicas. Pude perceber que a satisfação de estar ali, mostrando que eles são capazes e ver a alegria estampada em seus rostos acabou me motivando a continuar trabalhando com essa parcela da população, que na maioria das vezes está à margem da sociedade, sendo muitas vezes discriminados e excluídos, vistos como incapazes e inúteis.

Por não haver muitas bibliografias nessa área, às vezes ficava difícil encontrar material para desenvolver os trabalhos propostos em algumas disciplinas sobre o assunto Deficiência e Esportes. Os trabalhos sobre a prática de Atividades Físicas para essa população tão especial eram poucos e não ajudavam muito. Aprendemos na prática e na convivência, eram elas que muitas vezes nos davam diretrizes de como trabalhar, as atividades mais prazerosas e também diziam suas expectativas quanto às atividades desenvolvidas.

Sabendo das dificuldades de desenvolvimento das PPDV e da falta de programas que os atendessem juntamente com a experiência adquirida nesses 4 anos de participação em Campeonatos Brasileiros, Congressos, Cursos na área de Atividade Motora Adaptada; conversando com outras pessoas que também trabalham na área e com os alunos Portadores

de Deficiência Visual (PDV), me veio o interesse em escrever sobre o Desporto para Cegos no Brasil, no caso o Goalball, esporte criado especialmente para os PDV.

O Goalball sendo uma atividade esportiva proporciona ao PDV a possibilidade de reabilitação e integração, desenvolvendo suas potencialidades e suprimindo a falta de experiências motoras anteriores e as defasagens no seu desenvolvimento.

A Prática Esportiva como forma de melhorar a Qualidade de Vida: está bastante difundida nos dias atuais, possibilitando o desenvolvimento das Capacidades e Habilidades Motoras Gerais e Específicas do indivíduo. É um meio eficaz e saudável para o desenvolvimento da Sociabilidade e para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (PPD), proporcionando uma forma de melhorar sua auto-estima e bem estar geral.

Este trabalho tem como principal objetivo, resgatar e discutir o Desporto Adaptado no Brasil, fazendo um breve histórico do Desporto para Cegos, como e quando chegou ao Brasil, com ênfase na modalidade Goalball visando constatar a importância de sua prática para PPDV. Visa mostrar os aspectos físicos e sociais que a prática de uma atividade física proporciona para a pessoa portadora de deficiência, além de possibilitar uma melhora no desenvolvimento das habilidades e capacidades motoras gerais e específicas, sendo também uma forma de integrar a pessoa deficiente nessa sociedade exclusiva, propondo uma adaptação da sociedade ao mundo do deficiente e não o contrário como muitas vezes acontece.

Silva in Junior, 1995, p.8 nos dá uma idéia de como a sociedade trata o deficiente:

“A reabilitação é o caminho que possibilita o retorno do indivíduo à sociedade, e por isto que a idéia de se colocar o ser humano à margem da sociedade sem que se estabeleça ou sem que se possibilite um caminho de retorno, não é aceitável, pois o homem tem o direito de fazer parte da correnteza principal (...)”.

Buscando subsídios na pesquisa bibliográfica, realizamos este trabalho que foi dividido em capítulo:

No primeiro capítulo realizamos um levantamento bibliográfico sobre histórico do Desporto Adaptado, quando surgiu, como e quando chegou ao Brasil, e também por tratarmos de Esportes para o PDV, fizemos um breve histórico do Desporto para Cegos no Brasil.

No segundo capítulo, conceituamos a Deficiência e Deficiência Visual utilizando as definições de alguns autores para esses termos, as suas causas e as classificações para a prática esportiva.

Um outro assunto, tratado no terceiro capítulo foi sobre o desenvolvimento do Deficiente Visual (DV), desde o seu nascimento, a falta de experiências e as principais defasagens decorrentes da falta da visão, proporcionando assim um conhecimento sobre as características, necessidades e o desenvolvimento do DV, dando subsídios para delinear a importância da Atividade Física para a PPDV.

Como o título deste trabalho é “O Desporto para Cegos no Brasil: Goalball uma prática saudável”, no quarto capítulo tornou-se necessário descrevermos sobre o Esporte Goalball, suas características, regras e também sobre os benefícios de sua prática para a PPDV.

1. DESPORTO ADAPTADO

1.1 Um breve histórico...

O desporto adaptado surge da necessidade de reabilitar os indivíduos (veteranos de Guerra) traumatizados e com seqüelas da Segunda Guerra Mundial, particularmente na Inglaterra e Estados Unidos.

Segundo Araújo, 1998, p.19, “existem relatos da prática desportiva anterior à Segunda Guerra, mas foram práticas isoladas e não tiveram continuidade”.

No ano de 1918, na Alemanha há registros da prática de atividades esportivas, onde um grupo de mutilados buscou o alívio dos horrores da Primeira Guerra Mundial e do tédio das longas internações a que eram submetidos (Ricote in Araújo, 1998, p.19).

O esporte como prática para pessoas portadoras de deficiência física efetivou-se na Inglaterra, no ano de 1944, mais precisamente em Aylesbury, onde foi construído o Hospital de Stoke Manderville, quando o médico alemão Sir Ludwig Guttmann, foi convidado pelo Governo Britânico, para fundar o Centro de Reabilitação dos soldados lesionados medulares dentro do Hospital.

Neste Centro o Dr. Guttmann dedicou-se às atividades de reabilitação de 1944 a 1980, onde desenvolveu técnicas para aplicabilidade na reabilitação das pessoas acometidas por traumatismos e introduziu as atividades esportivas como parte essencial do tratamento médico para recuperação das incapacidades advindas das lesões medulares.

Assim o trabalho de reabilitação buscou no esporte não só o valor terapêutico, mas o poder de restabelecer ou estabelecer novos caminhos, o que resultou em maior possibilidade de interação das pessoas lesadas. Através do esporte “reabilitação” estava retornando à comunidade um deficiente, capaz de ser “eficiente”, pelo menos no esporte.

Segundo o Comitê Olímpico Espanhol (COE) in Anjos, 1998, p.23, o responsável pelo início do Desporto foi o Dr. Guttman, o qual diz que:

“O desporto deve converter-se em uma força impulsora para que os deficientes busquem a reabilitação e o contato com o mundo que os rodeia e, conseqüentemente, o reconhecimento como cidadãos iguais e respeitados”.

Após a Segunda Guerra Mundial, foram introduzidos os conceitos de integração e normalização. Que refletiam uma consciência crescente das capacidades de pessoas com deficiência.

Adams et al (1985, p.-) faz a seguinte observação:

“Graças às atividades recreativas, os deficientes encontraram a motivação necessária para participarem da comunidade mais amplamente, de produzir, de trabalhar e de assumir papéis de liderança na comunidade”.

No ano de 1946, uma equipe de atletas (ex-combatentes) em cadeira de rodas da Califórnia conhecidos como “Flight Wheels” (Rodas Voadoras), fez uma excursão pelo país, difundindo o esporte e despertando o interesse dos ex-combatentes. Em consequência, o interesse pelo esporte aumentou de tal maneira que incluiu não só veteranos de guerra, mas civis incapacitados por paraplegia, por poliomielite e amputados.

Em consequência do extremo desenvolvimento do desporto para portadores de deficiência, houve a necessidade social de se criar entidades que organizassem o esporte adaptado nas competições internacionais, bem como regras, adaptações entre outros.

Ocorreu então um rápido crescimento de entidades de organização do desporto internacional para o deficiente. Houve o desmembramento em organizações diferentes para cada deficiência, pois até então, a International Sports Organization Disabled (ISOD) respondia por todas as áreas de deficiência, assim os Cegos se organizaram através da International Blind Sports Association (IBSA).

Perto do final da década de 60, as organizações de pessoas com deficiência de alguns países começaram a formular um novo conceito de deficiência. Este novo conceito indicou a íntima conexão entre a limitação vivenciada por pessoas com deficiências, o projeto e estrutura de seus ambientes e atitudes da população em geral.

Já que estamos falando tanto de Desporto Adaptado, sua origem e evolução, convém aqui uma definição do Termo “Desporto Adaptado”.

Segundo Araújo, 1998, p.18:

“Desporto Adaptado: significa a Adaptação de um esporte já de conhecimento da população, este conhecimento está relacionado às regras estabelecidas e sua prática (...). O Atletismo para Pessoas Portadoras de Deficiência Física (PPDF), Deficiência Visual (DV),

Deficiência Mental (DM) e deficiência Auditiva (DA) é um bom exemplo. A modalidade permanece na sua essência, mas é adaptada ao praticante”.

Winnick in Araújo, 1998, p.18 define Desporto Adaptado como sendo:

“Experiências esportivas modificadas ou especialmente designadas para suprir as necessidades especiais dos indivíduos. No âmbito do esporte adaptado, inclui-se a integração de pessoas portadoras de deficiência com pessoas ‘normais’ e lugares nos quais se incluem apenas pessoas com condições de deficiência”.

Tendo feito uma conceituação de Desporto Adaptado e também sobre os primeiros relatos e seu surgimento, seguiremos este estudo com o Desporto Adaptado no Brasil.

1.2 DESPORTO ADAPTADO NO BRASIL

O início do Desporto Adaptado no Brasil ocorreu na década de 50, pela iniciativa de duas pessoas, os Srs Robson Sampaio, do Rio de Janeiro e Sérgio Serafim Del Grande, da Cidade de São Paulo, que procuraram os serviços de reabilitação nos Estados Unidos, após sofrerem acidente e precisarem de tratamento. Nessa época não havia institutos de reabilitação no Brasil.

No final de 1957 foi formada a primeira equipe de basquete em cadeira de rodas no Brasil. Em 1958, iniciaram-se os treinamentos de basquetebol, no Hospital das Clínicas em São Paulo, e também foi nesse mesmo ano no dia 28 de julho que ocorreu a fundação do Clube dos Paraplégicos de São Paulo (CPSP). Esta data foi escolhida para homenagear o dia 28 de Julho de 1948, pois foi nessa data que o Dr. Ludwig Guttmann começou o esporte para o Deficiente Físico (DF) em Stoke Mandeville, na Inglaterra, como já foi mencionado anteriormente. Em 1960, o CPSP participou do I Campeonato Mundial, realizado em Roma.

Segundo Araújo, 1998, p.31 foi por iniciativa desses dois homens, “Sérgio Serafim e Robson Sampaio que o desporto passou a ser praticado por portadores de deficiências aqui no Brasil”.

A partir de 1969, passou-se a buscar contatos internacionais. A participação do Brasil nos II Jogos Panamericanos em Buenos Aires foi de suma importância, por buscar contatos com as equipes de outros países e também pela necessidade de intercâmbio entre os profissionais que procuravam conhecer outras modalidades esportivas que ali seriam praticadas.

A Estrutura do esporte para a PPD iniciou-se em 1975 com a criação da ANDE – Associação Nacional de Desportos para Deficientes, que agregava todo tipo de deficiência. Com a participação crescente de pessoas deficientes, entidades de deficiências afins foram se agregando em outras associações, que compõem o Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB); este tem como objetivo fomentar o esporte para pessoas portadoras de deficiência e organizar o desporto em níveis de competições regionais, nacionais e internacionais incluindo as Paraolimpíadas.

Para elucidar nosso trabalho sobre o Desporto para Cegos, faremos uma breve passagem por esse assunto: o surgimento do Desporto para Cegos no Brasil, sua história e evolução até os dias atuais.

1.3 DESPORTO PARA CEGOS NO BRASIL

O Desporto para Cegos no Brasil nasce, oficialmente, com a criação da Associação Brasileira de Desportos para Cegos (ABDC), em março de 1984, esse fato marcou o início de uma nova etapa de consolidação do esporte para cegos no país.

De acordo com seus estatutos, a ABDC tem os seguintes objetivos:

“1º Cumprir e fazer cumprir a legislação superior vigente, as normas, deliberações e resoluções do órgão máximo dirigente do Desporto no Brasil, bem como, das entidades superiores nacionais e internacionais que superintendem o Desporto de Cegos.

2º Dirigir o Desporto de Cegos:

- a) coordenando as ações de suas afiliadas;
- b) organizando o calendário de competições regionais e nacionais, segundo o calendário de competições internacionais;
- c) executando o calendário oficial através da organização dos eventos , em articulação com suas afiliadas;
- d) representando o Desporto para Cegos no Brasil nas suas competições internacionais , formando suas delegações, escolhendo dirigentes e comissão técnica; e
- e) definindo, enfim, as delegações para participar em assembleia de eleições do CPB.

3º Difundir o Desporto de Cegos e o ensino da Prática Esportiva:

- a) divulgando-o dentro da comunidade brasileira de Cegos por meio de veículos informativos já existentes e que atinjam este segmento;
- b) informando e conscientizando a sociedade, em geral, por meio de palestras e da mídia;
- c) informando e conscientizando os órgãos Estaduais e Municipais, Dirigentes do Desporto, as Universidades Brasileiras, as Escolas

Superiores de Educação Física, as agências formadoras de recursos técnicos e humanos, as Confederações e Federações do Desporto convencional, clubes, associações esportivas e serviços nacionais de apoio social;

- d) divulgando, finalmente, o desporto de cegos por meio de informativo, que deverá ser criado e destinado para este fim”.

A ABDC tem como afiliadas as Associações que desenvolvem o desporto para PPDV em âmbito nacional. Ela é filiada ao CPB e, em nível internacional a IBSA, órgão máximo de direção do desporto para cegos.

Retomando, entretanto, anterior ao surgimento da ABDC, já existia alguns eventos desportivos, campeonatos e competições para cegos, sendo promovidos por organizações e entidades, porém é a partir de 1984, que ocorre um avanço nos rumos do desporto para cegos no Brasil, em função da participação direta das PPDV, na direção e elaboração de suas diretrizes básicas.

Esse movimento de autonomia dos deficientes acaba repercutindo nos diversos tipos de deficiência, ocorrendo assim um gradativo processo de organização e conscientização de grupos de deficientes em busca de um espaço na sociedade, espaço este que lhes é de direito e que tende a se tornar de fato.

A prática do desporto para o DV ocorreu em algumas Instituições Especializadas como o Instituto Benjamin Constant (IBC) no Rio de Janeiro, Instituto Santa Luzia (ISL) do Rio Grande do Sul, Instituto São Rafael de Minas Gerais e Escola de Cegos Padre Chico em São Paulo, ainda com finalidades recreativas e educacionais.

Em 1974 no ISL, aconteceu a 1ª Olimpíadas para Deficientes Visuais, que é tida como a primeira Competição para Deficientes Visuais do Brasil.

Em 1979, os Estados de SP, RJ, MG e RS realizaram uma Competição com provas de: Atletismo, Natação e Futebol de Salão na Cidade de São Paulo.

Atualmente a ABDC conta com mais de 40 entidades afiliadas, que desenvolvem diferentes modalidades, mostrando interesse no desenvolvimento das habilidades e capacidades dos Deficientes Visuais.

Com o fortalecimento da ABDC, muitas Competições Regionais, Estaduais e Nacionais foram realizadas nos últimos anos, em função disso muitos atletas de alto nível vem sendo revelados e também o número de atletas participantes e praticantes de alguma modalidade, teve um aumento significativo.

2. ENTENDENDO A DEFICIÊNCIA VISUAL

“Nós confiamos mais em alguns sentidos que em outros, e a visão tem sido considerada a ‘rainha dos sentidos’ temos que ser ensinados a não confiar tanto na visão”.
Magill

Há pessoas com deficiência em todas as partes do mundo e em todos os níveis de cada sociedade. No mundo o número de pessoas que possuem algum tipo de deficiência é grande e este número está crescendo.

Tanto as causas quanto conseqüências da Deficiência variam em todo o mundo, essas variações resultam, de diferentes circunstâncias sócio-econômicas.

No campo da deficiência, existem também muitas circunstâncias específicas que tem influenciado as condições de vida das pessoas com deficiência: ignorância, negligência, superstição e medo são fatores sociais que no decorrer de toda a história da deficiência isolaram PPD e atrasaram o seu desenvolvimento.

2.1 DEFINIÇÃO

Para um melhor entendimento do capítulo abriremos um espaço para definir os conceitos de Deficiência e Deficiência Visual.

O conceito de **Deficiência** baseia-se nos Conceitos do Programa Mundial de Ação relativo às Pessoas com Deficiência:

Deficiência: resume um grande número de diferentes limitações funcionais que ocorrem em qualquer população, em qualquer país do mundo. As pessoas podem ficar deficientes por impedimento físico, intelectual ou sensorial, condições médicas ou doença mental. Tais impedimentos, condições ou doenças podem ser permanentes ou transitórios por natureza.

As definições para o conceito de **Deficiência Visual** são baseadas em medidas de Acuidade Visual e/ou na restrição do Campo Visual.

Acuidade Visual é o grau de aptidão do olho para identificar detalhes espaciais, ou seja, a capacidade de perceber a forma e o contorno dos objetos.

Deficiência Visual refere-se a uma perda na capacidade de captar e interpretar os estímulos visuais do meio ambiente. Esta perda pode ser total ou parcial, podendo ter diferentes graus de comprometimento, ser congênita ou adquirida, permanente ou

temporária, progressiva ou estacionária. Estas diferenças vão determinar as características da PPDV, tanto físicas como psicológicas (Silva, 1999, p.14).

Segundo Lemos, 1978, p.11: *“Deficiência Visual caracteriza-se, pela incapacidade total ou parcial de seus portadores utilizarem o sentido da visão nas atividades normais da vida e pela capacidade de superarem sua deficiência valendo-se dos seus sentidos”*.

Melo in Munster, 1993, p.06 afirma que *“A Deficiência Visual é caracterizada por perdas parciais ou totais da visão, que após correção ótica ou cirúrgica, limitem seu desempenho normal”*.

O portador de deficiência visual vem obtendo um maior espaço na sociedade, essa abertura está ligada a uma busca incessante do respeito profissional, social, familiar e em conquistas no âmbito esportivo e educacional.

A Deficiência Visual divide-se em:

Cegueira Parcial: também dita **Legal** ou **Profissional**, nessa categoria estão os indivíduos apenas capazes de contar os dedos a curta distância e os que só percebem vultos. Muito mais próximos da cegueira total estão aqueles indivíduos que só têm Percepção (há apenas a distinção entre claro e escuro) e Projeção Luminosa (o indivíduo é capaz de identificar também a direção de onde provém a luz).

Cegueira Total: ou simplesmente **Amaurose**, pressupõe completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente, na definição oftalmológica, usa-se a expressão “visão zero”.

Uma pessoa é considerada cega se corresponde a um dos critérios seguintes: a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 pés ou menos, isto é, se ela pode ver a 20 pés (6 metros) o que uma pessoa de visão normal pode ver a 200 pés (60 metros), ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus, ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200pés.

Esse campo visual restrito é muitas vezes chamado de "visão em túnel" ou "em ponta de alfinete", e a essas definições chamam alguns "cegueira legal" ou "cegueira econômica".

Segundo o Serviço de Oftalmologia Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo in Turrini, 1996, p.07, *“Cego é todo indivíduo que apresenta acuidade visual,*

binocular, igual ou menor que a necessária para contar os dedos a um metro, após a melhor correção ou tratamento”.

Diversamente do que poderíamos supor, o termo cegueira não é absoluto, pois reúne indivíduos com vários graus de visão residual. Ela não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, mas, isso sim, prejuízo dessa aptidão a níveis incapacitantes para o exercício de tarefas rotineiras.

Bruno in Junior, 1995, p.08 define que a cegueira pode ser congênita ou adquirida, permanente ou temporária:

- **Congênita:** quando a perda ocorre no período do nascimento até a idade de 5 ou 6 anos, pois a acuidade visual da criança tende a se completar por volta dos 5 anos de idade.
- **Adquirida:** quando a perda ocorre a partir dos 7 anos de idade. Neste caso as pessoas cegas podem ser capazes de recordar as experiências visuais anteriores à perda da visão.

De um trabalho conjunto entre a American Academy of Ophthalmology e o Conselho Internacional de Oftalmologia, vieram extensas definições, conceitos sobre Cegueira, transcritos no Relatório Oficial do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira (vol-1, págs. 427/433, Belo Horizonte, 1980). Na oportunidade foi introduzido, ao lado de “Cegueira”, o termo “**Visão Subnormal**” (“low vision”, em inglês).

Visão Subnormal: caracteriza-se como portador de visão subnormal aquele que possui acuidade visual de 6/60 e 18/60 pés (escala métrica) e/ou um campo visual entre 20 e 50°.

Hoover in Turrini, 1996, p.07, define a pessoa portadora de *Visão Subnormal* como “portador de diminuta visão residual, mas que tenha visão suficiente para ver luz ou tomar direções por ela e usá-la com propósitos funcionais”.

Pedagogicamente, delimita-se como *Cego* aquele que, mesmo possuindo visão subnormal, necessita de instrução em Braille (sistema de escrita por pontos em relevo) e como portador de visão subnormal aquele que lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de potentes recursos ópticos.

Segundo informações do Instituto Benjamin Constant (IBC), Rio de Janeiro, 2001, as patologias que levam à Deficiência Visual incluem principalmente, alterações das seguintes funções visuais:

- *Visão Central*
- *Visão Periférica*
- *Sensibilidade aos Contrastes*
- *Perda do Campo Visual*

Visão Normal



Alteração da visão Central: dificuldades de leitura e de visão de detalhes.



Alteração da visão periférica: dificuldade de locomoção e de orientação espacial.



Hemianopsias: perda de parte do campo visual.



Alteração de Sensibilidade ao Contraste: visão “borrada”.



A principal causa de DV em recém nascidos é a Fibroplasia Retrofrental, é produzida pelo efeito tóxico do Oxigênio e resulta em espasmos dos vasos retinianos, ou seja, decorrentes do aumento de O₂ dentro das incubadoras.

Outras causas de Deficiência Visual e Cegueira:

1. Hipovitaminose A:

1.1 Três principais doenças provocadas pela falta de vitamina A:

- *Cegueira Noturna;*
- *Xeroftalmia* (olho seco), perda do brilho dos olhos por dessecação;
- *Ceratomalácia* córnea embaciada, mole e ulcerada, predispondo à perda do olho.

2. Tracoma:

Doença crônica e contagiosa dos olhos, de início agudo, afetando bilateralmente a córnea e a conjuntiva.

3. Oncocercose:

Atinge os olhos, cujas lesões resultantes são conjuntivite, catarata e neurite óptica.

4. Catarata:

O cristalino é uma lente fina e transparente localizada dentro do olho. A catarata é a opacificação do cristalino. Com o surgimento desta opacificação ocorre uma diminuição da entrada de luz para dentro do olho, e como consequência, a visão começa a ficar mais borrada e escura.

Esta mudança é geralmente lenta e progressiva.

As causas mais comuns de catarata são: senil, congênita, traumática e inflamatória.

O único tratamento para catarata é a cirurgia, na qual faz-se retirada do cristalino e a colocação de uma lente intra-ocular. A recuperação visual é, na maioria dos casos, excelente.

5. Glaucoma:



O glaucoma é uma enfermidade ocular crônica caracterizada por perda de campo visual, alterações no nervo óptico e do campo visual e, na maioria das vezes, por aumento de pressão intra-ocular. O glaucoma é uma doença silenciosa. Na grande maioria dos casos o paciente não sente dor, diminuição da acuidade visual, ardor ou qualquer outro sintoma. Por isso, é importante que todos os pacientes com mais de quarenta anos ou com história familiar de glaucoma sejam avaliados por um oftalmologista pelo menos uma vez por ano.

O glaucoma pode levar a cegueira se não tratado corretamente. O tratamento pode ser feito, inicialmente com colírios que visam diminuir a pressão ocular. Em casos mais avançados pode ser necessário o tratamento cirúrgico.

6. Diabetes:

É uma doença oclusiva, onde são afetadas as veias do leito capilar, os diabéticos têm de 10 a 20 vezes mais propensão à cegueira, e aumento na pressão intra-ocular.

7. Traumatismo:

Causados por acidentes, que acabam atingindo os olhos e a visão.

8. Hipertensão Arterial

9. Degeneração Macular:

Perda progressiva da acuidade visual e alterações pigmentares na região foveal.

10. Descolamento de Retina:



A retina é responsável pela captação do estímulo luminoso (imagem), transformando-o em estímulo elétrico que é levado até o cérebro pelo nervo óptico. Quando a retina está descolada o cérebro não recebe as imagens captadas pela retina e o paciente deixa de enxergar.

O descolamento de retina pode ser:

- **Regmatogênico** (por um "rasgo" na retina);
- **Tracional** (membrana que "puxa" a retina);
- **Exsudativo**.

São várias as causas de descolamento de retina. As principais são: trauma, diabetes, alta miopia, inflamação e tumores.

O tratamento do descolamento de retina é cirúrgico e deve ser realizado o quanto antes, para que a recuperação visual seja a melhor possível.

2.2 CLASSIFICAÇÃO

A classificação é feita a partir do déficit da capacidade visual que abrange a acuidade visual, campo visual, e adaptação às diferentes luminosidades (Cavalcante in Silva, 1999, p.14). O déficit visual tem vários graus, tanto pode ser extremamente leve, como pode ser total onde a pessoa não tem percepção luminosa. Existem classificações para vários fins: Educacional, Clínico e Esportivo. Utilizaremos em nosso trabalho a Classificação Esportiva, porém, faremos uma rápida passagem pela demais classificações.

Classificação Educacional

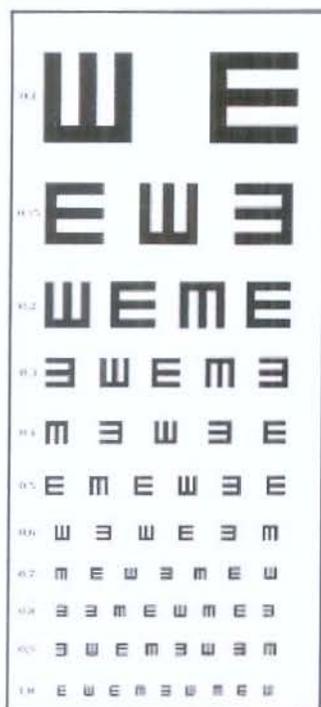
É baseada na habilidade para ler material impresso, temos assim duas classificações:

Cegueira Total – é a incapacidade de ler impresso grande, com aumento, o Braille é usado para a comunicação escrita.

Visão Parcial – é a capacidade para ler impresso através do uso de livros de impressão grande e/ou aumento. (Nabeiro in Munster, 1993, p.06)

Classificação Clínica

É baseada na perda visual após correção (escala de Snellen). A escala de Sinais de Snellen é um teste simples, é aplicado para medir a Acuidade Visual, e consiste em fileiras de letras de tamanho decrescente que devem ser lidas a uma distância de 6 metros. Os Escores são baseados na exatidão e capacidade de identificar as fileiras de letras, utilizando um olho de cada vez.



Escala de Snellen (para medir a acuidade visual)

Existem 5 tipos de Classificação dentro da Classificação Clínica:

1. *Cegueira Legal*
2. *Visão de Percurso*
3. *Percepção de Movimento*
4. *Percepção de Luz*
5. *Cegueira Total*

Classificação Esportiva

De acordo com a IBSA (Associação Internacional Desporto para Cegos), os Deficientes Visuais para as Competições Esportivas, são classificados em 3 categorias:

- B1 – Abrange desde a inexistência de percepção luminosa em ambos os olhos, até a percepção luminosa, mas com incapacidade de reconhecer a forma de uma mão em qualquer distância ou direção.
- B2 – Abrange desde a capacidade de reconhecer a forma de uma mão até a acuidade visual de 2/60 pés e/ou campo visual inferior a 5 graus.
- B3 – Abrange desde a acuidade visual superior a 2/60 pés até a acuidade visual de 6/60 pés e/ou um campo visual maior de 5 graus e menor de 20 graus

3. O DESENVOLVIMENTO DO DEFICIENTE VISUAL

“Ser deficiente não é uma opção, mas uma das muitas possibilidades que a qualquer um de nós pode acontecer” (Autor Desconhecido).

As Pessoas Portadoras de Deficiência Visual (PPDV), tem uma história de vida que em sua maioria, é limitada em movimentos e oportunidades.

A Criança Cega nos primeiros anos de vida apresenta um atraso psicomotor em relação à criança com visão normal, enquanto a criança que enxerga passa sua infância adquirindo experiências e acumulando esquemas motores e na adolescência inicia as técnicas desportivas específicas, com a criança Deficiente Visual (DV), que não tem a visão como principal fonte de captação de informações, isso não ocorre, porque desde cedo, elas acabam não recebendo, seja dos pais ou na escola, estimulação visual adequada e não tendo experiências motoras.

Ela é treinada a tornar-se cautelosa e mais consciente dos perigos em seu deslocamento, elas não aprendem a se virar sozinhas, conhecer o ambiente, a localização dos objetos, disposição dos móveis, isto faz com que ela se movimente cada vez menos, a acabe habituando-se a uma inatividade e conseqüentemente a um número reduzido de experiências, afetando seu desenvolvimento e favorecendo ao sedentarismo precoce.

A dependência da criança cega em relação aos pais para o atendimento de todas as suas necessidades e para geração de estímulo pode contribuir para uma atitude super protetora por parte deles. A superproteção às vezes atrapalha na independência da criança.

Os pais devem aprender a encorajar a independência em seu filho, especialmente quando a criança começa a explorar o ambiente, não tendo receio de deixá-la descobrir novos lugares, explorar novos ambientes, pois só assim ela vai aprender a se virar sozinha e não ter que ficar dependendo deles sempre.

Segundo Halliday in Luz, 1996, p.14, *“É importantíssimo que se aceite a criança cega, como uma personalidade completa e não apenas como uma criança incapacitada visual”*.

Temos na primeira e segunda infância épocas muito importantes para a aquisição de habilidades, pois as crianças se encontram no auge do desenvolvimento, abertas a novas informações e conhecimentos.

A família deve iniciar um trabalho de estimulação da criança DV, para que não ocorra uma defasagem em relação às crianças com visão ‘normal’, nesta fase “a criança deve ter muitas oportunidades para reconhecer o seu ambiente” (Halliday, 1975, p.19).

Munster, 1993, p.01, *“Para a criança cega, o meio ambiente não fornece nenhum meio de referência visual, e é a partir de outros dados que ela vai estruturar a realidade”*.

É importante lembrar que nosso mundo é visual, ou seja, o sentido da visão é amplamente utilizado no processo de interação com o meio. As vivências motoras durante a infância têm papel fundamental no processo de exploração, relacionamento e controle do meio ambiente. A criança DV torna-se limitada, uma vez que não pode contar com os estímulos visuais para se desenvolver.

A aprendizagem depende também de experiências anteriores, uma criança que não receba a estimulação necessária pode apresentar um atraso no seu desenvolvimento de habilidades motoras e físicas, controle corporal, embora não sofra alteração no seu crescimento (peso e altura). Adams in Silva, 1999, p.19.

Esse atraso não é resultante da Deficiência Visual, mas da falta de estimulação por parte dos pais e familiares que são muitas vezes mal orientados sobre como tratar o DV.

Muitas escolas não desenvolvem programas que atendam às necessidades motoras da PPDV, a falta destas habilidades motoras acarreta uma lentidão e um grande desgaste na aprendizagem motora e na locomoção.

Torna-se necessário um processo para a locomoção e para a realização de atividades físicas e motoras, algumas pessoas tem dificuldades em freqüentar as atividades físicas, quando não apresentam locomoção independente.

Conceito de **Locomoção**: “é o movimento de um organismo, de um lugar a outro, através de seu próprio mecanismo orgânico”.(Victor in Turini, 1996, p.7)

Segundo Santos, 1996, p.40, “*o cego se não for incentivado à locomoção, terá seu espaço ainda mais limitado, pois a falta de visão limita o acesso aos espaços*”.

Maciel (1988) e Turini (1996) in Luz, 1996, p.11, concordam que o indivíduo privado de visão sofre uma série de perdas, dentre as quais o sentido de perda da integridade física é um dos primeiros a surgir, tal perda tem como composição a não consciência do todo corporal, do sentido de não ser mais completo fisicamente, e afirmam que a perda mais significativa é a da independência pessoal.

O ser humano: sendo ele cego ou não, traz consigo a possibilidade de crescimento, para que isto ocorra, basta que o meio seja propício a que este indivíduo seja estimulado e cuidado adequadamente com amor, carinho e principalmente respeito.

O DV dificilmente se movimentará sozinho se não for incentivado na exploração do mundo que o cerca.

A PPDV, normalmente apresenta alteração no seu desenvolvimento afetivo, cognitivo, social e psicomotor, este comprometimento limita a pessoa em suas noções senso-perceptivas, ocasionando assim diminuição em suas habilidades e capacidades físicas e motoras: coordenação, equilíbrio e orientação espacial, falta de lateralidade.

Uma criança que não tiver uma estimulação adequada durante o seu desenvolvimento pode apresentar:

- movimentos e postura inadequados, devido à falta de formação do esquema corporal;
- andam inclinadas para frente/ trás e estendem o braço para se proteger;
- falta de coordenação motora geral e específica;
- falta de agilidade e noções de lateralidade;
- falta de controle corporal;
- dificuldades de movimentos assimétricos;
- problemas de equilíbrio estático.

Esses problemas são decorrentes, do não atendimento às necessidades básicas da criança cega, ou seja, as habilidades físicas e perceptivo-motoras.

Na infância, as crianças Deficientes Visuais, devem ser estimuladas, a utilizar os sentidos remanescentes, ou seja, ouvir, sentir, saborear, “ver”, não ter receio de falar os verbos “ver e olhar”, pois eles também devem fazer parte do vocabulário da criança, ela deve utilizar estas palavras no sentido de tocar, ver com as mãos. A criança cega constrói suas experiências e conhecimentos através da audição, do tato, do olfato e da gustação.

Um sentido muito importante para o desenvolvimento intelectual e social do Cego é a audição, que proporciona e facilita a aprendizagem e a comunicação social. É através da audição e do tato, e como seres humanos que possuem consciência, formulam conceitos espaciais que ajudam na sua mobilidade (Santos, 1996, p.41).

Ela deve usar seu corpo e movimentar-se, pois é fundamental para que elas sintam o prazer do movimento, e como ele se processa, para que ocorra um enriquecimento no repertório motor da criança.

Sendo assim é necessário, uma boa estimulação da criança DV, que ela brinque de correr saltar, pular, para que possa assim ter uma bagagem motora e também ter seu desenvolvimento normal como qualquer outra criança de sua idade. A maior parte destas atividades motoras é aprendida através de estímulo visual e imitação. A criança cega precisa ser ensinada, é preciso fazer com que ela passe por essas atividades muitas vezes: devendo ser encorajada a praticar esses movimentos de maneira independente. Isso é necessário para o desenvolvimento de um bom controle e coordenação muscular e corporal.

Conceito de *Orientação*: é uma habilidade aprendida no tocante ao relacionamento com o meio ambiente, é a percepção que o indivíduo tem da sua posição em relação ao meio que o circunda. (Junior, 1995, p.9)

Segundo Carrol in Santos, 1996, p.58, “a pessoa cega, mais do que qualquer um de nós necessita desenvolver em grau maior esta habilidade, de tal maneira a poder se informar a respeito do meio ambiente e, quando está se locomovendo, saber identificar lugares pelos sons característicos”.

3.1 A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA A PPDV

Caspersen in Nahas, 2001 nos dá uma definição de **Atividade Física (AF)**:

“Define-se *Atividade Física* como qualquer movimento Corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário, que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso (...) inclui as atividades ocupacionais (trabalho); atividades da vida diária (AVD) como se vestir, comer; o deslocamento (transporte) e as atividades de lazer incluindo exercícios físicos, esportes, dança e artes marciais”.

A AF sempre esteve ligada à imagem de pessoas saudáveis e vigorosas. Durante muito tempo existiram duas interpretações para a associação de saúde com atividade física.

Algumas imaginavam que pessoas geneticamente privilegiadas seriam mais propensas à atividade física, por apresentarem constitucionalmente boa saúde, vigor físico e disposição mental.

Outros acreditavam que a atividade física poderia ser, o estímulo ambiental responsável pela ausência de doenças, boa aptidão física e saúde mental.

A AF é destacada por suas contribuições para a manutenção e melhoria das capacidades Biológicas, Psicológicas e Sociais do indivíduo.

- *Capacidades Biológicas* - melhorar a condição física (condicionamento físico), prevenção de doenças crônicas, combater a atrofia muscular e dos ossos, além de aumentar a amplitude dos movimentos articulares, tendo como resultado uma estimulação da circulação e da recuperação, uma vez que se exercitam a atenção e a capacidade de observação.
- *Capacidades Psicológicas* - do ponto de vista psicológico, pode ajudar no combate à depressão, atuando como um catalizador de relacionamento interpessoal, produzindo uma agradável sensação de bem estar, e estimulando a auto-estima pela superação de pequenos desafios.
- *Capacidade Social* - A AF regular pode reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, promover a socialização e a integração dessas pessoas, superação

das barreiras impostas pela sociedade, mostrando que ainda é ‘capaz’ de realizar muitas atividades.

A literatura científica encontrada atualmente permite concluir que atividade física associa as duas hipóteses, nos estudos populacionais existem pessoas geneticamente privilegiadas, que se destacam nas diversas atividades humanas.

Existe hoje documentação científica e estudos que mostram que as pessoas ativas, que praticam alguma AF, diminuem a probabilidade de desenvolverem importantes doenças crônicas e melhoram os seus níveis de aptidão física e disposição mental.

A AF tem sido apontada, cada vez mais como um fator decisivo na Qualidade de Vida (QV), tanto geral quanto relacionada à saúde, e melhoria dos aspectos físicos. Entende-se por uma boa QV, do ponto de vista orgânico, como a condição de conseguir realizar os esforços da vida diária.

Pessoas com deficiência de qualquer natureza física, mental ou sensorial como já foi mostrado anteriormente, tendem a ser menos ativas fisicamente que as pessoas ditas ‘normais’, mas tem as mesmas necessidades em termos de prevenção de doenças e incremento da QV.

Algumas considerações da importância da AF é a de que os benefícios são comuns a todos os tipos de AF ou Esportiva, desde que os esforços não sejam excessivos em relação a condição física da pessoa.

O Instituto Americano de Pesquisa do Câncer reconhece a importância da AF e estabelece que: *“Poucas coisas na vida são mais importantes do que a saúde. E poucas coisas são tão essenciais para a saúde e o bem estar como a Atividade Física”*.

No Brasil até pouco tempo atrás eram raros os cursos de Educação Física que ofereciam conteúdos curriculares com cuidados específicos às necessidades das PPD, e a importância das Atividades Físicas e Esportivas para essas pessoas.

Atualmente o espaço nas Universidades dentro do Currículo dos Cursos de Educação Física, para disciplinas que abordam a Atividade Motora Adaptada (AMA), Educação Física Especial (EFE), Educação Física Adaptada (EFA), tem aumentado e o

número de trabalhos acadêmicos nestas áreas também teve um aumento significativo, isso pode ser observado nos Congressos que tratam do assunto.

As entidades que tem como objetivos: atender, integrar e oferecer a prática de atividades esportivas e de recreação para a PPD; estão percebendo as mudanças e dando maior importância para o profissional de Educação Física e para os benefícios da prática esportiva para o deficiente.

O número de entidades filiadas a ABDC, que participam dos Campeonatos sejam eles regionais, estaduais ou brasileiros, aumentou e o número de atletas é maior que em anos anteriores, esse número tende a aumentar cada vez mais.

Outro fator importante para essas mudanças é o oferecimento de cursos de capacitação de Recursos Humanos para se trabalhar com a PPD, os cursos realizados, os Congressos, os Encontros, tem ajudado e muito, aqueles que pretendem trabalhar com essa população.

Para um grupo de DsVs é prudente apresentar atividades que amenizem defasagens como: locomoção, lateralidade, coordenação, equilíbrio, esquema corporal, flexibilidade força e outras. Essas qualidades de aptidão são estimuladas de forma diferente pelas diversas formas de AF e também viabilizar Programas de Atividades específicas que procuram oportunizar a prática de Atividades Físicas para essa população, visando o desenvolvimento das potencialidades, a integração e a socialização.

Segundo Costa in Anjos, 1998, p.22, os objetivos básicos fundamentais para um programa de AF são:

- Integração social;
- Vivenciar situações de sucesso e fracasso;
- Desenvolver suas potencialidades físicas;
- Promover a prática de AF seja como lazer, esporte e/ou reabilitação;
- Melhorar as condições orgânicas e funcionais;
- Estimular autonomia e independência

Alguns esportes e jogos devem ter suas regras modificadas e sofrer algumas adaptações para possibilitar a participação da PPD. Abaixo relacionamos os jogos, esportes e atividades que são praticados pelo DV, alguns esportes são modalidades Paraolímpicas e são praticados visando a Competição Esportiva, outras apenas como forma de lazer, recreação, integração e reabilitação:

<i>Atletismo</i>	<i>Escalada</i>
<i>Bocha</i>	<i>Esqui</i>
<i>Caminhada</i>	<i>Futebol</i>
<i>Canoagem</i>	<i>Goalball</i>
<i>Cascading(Canyoning)</i>	<i>Lutas</i>
<i>Ciclismo</i>	<i>Natação</i>
<i>Dança</i>	<i>Rafting</i>
<i>Dominó</i>	<i>Xadrez</i>
<i>Equitação</i>	

(Atividades Físicas praticadas pelo DV)

Ao se trabalhar com uma PPDV, no desenvolvimento de alguma atividade, deve-se atentar para a comunicação verbal, pois essa tem um significado especial para os jogadores cegos. Uma boa orientação deve ser dada ao trabalhar as habilidades motoras complexas, deve-se adaptar os conteúdos, as estratégias e linguagem adequadas para o desenvolvimento cognitivo, motor e social do aluno.

Almeida, 1995, p.- , propõe a utilização de três formas básicas de instrução:

- **Instrução Verbal** - onde o professor apenas descreve a tarefa verbalmente, e o aluno tenta realiza-la.
- **Instrução Tátil** - onde o professor ou o instrutor realiza a tarefa e o aluno tocando-os tenta perceber o movimento a ser executado
- **Instrução Tátil** - a terceira é também baseada na instrução tátil, mas ao contrário da anterior, agora é o professor que toca o aluno e auxilia-o no movimento a ser executado.

4. GOALBALL

4.1 INTRODUÇÃO AO GOALBALL

O Goalball não é um esporte tradicional e, portanto adaptado ao Portador de Deficiência tal como: futebol de salão, atletismo. Ele foi criado especificamente para as PPDV (Cegos e de Visão Subnormal).

É um esporte de equipe e surgiu por volta de 1950, foi criado pelos professores: Hanz Lorenzen (austriaco) e Sett Reindle (alemão).

Inicialmente, o Goalball fazia parte dos programas de Atividades Físicas de reabilitação para soldados veteranos de guerra que voltavam cegos e deficientes visuais da Segunda Guerra Mundial.

Como diz Camargo in ‘Workshop de Goalball’(2000), “É interessante notar que o Goalball não só desenvolvia, desde aquela época, as qualidades físicas e de concentração nos programas de reabilitação propostos, como também o entretenimento, a integração e a sociabilidade”.

Em 1976 este esporte tomou impulso e passou a fazer parte da ISOD (Organização Internacional de Desportos para Deficientes) e foi apresentado em Toronto (Canadá) durante as Paraolimpíadas. Desde então a sua popularidade vem aumentando e o número de adeptos também é cada vez maior.

Em 1978, na Áustria foi realizado o primeiro Campeonato Mundial e hoje é um esporte praticado por todos os 112 países filiados a IBSA (Conde in Anjos, 1998, p.26).

É um esporte coletivo, onde participam duas equipes de três jogadores (dois alas e um pivô), com no máximo três atletas no banco de reservas. Competem na mesma equipe atletas classificados como B1, B2 e B3 (segundo as normas da IBSA), separados apenas em categorias masculina e feminina. Uma partida pode ser iniciada ou continuar com, no mínimo, 2 jogadores, mas não menos que isso.

O jogo baseia-se no uso da percepção auditiva para a detecção da trajetória da bola em jogo e requer, além disso, uma boa capacidade de orientação espacial do indivíduo portador de deficiência visual para saber onde está situado e o lugar preciso de seu posicionamento em quadra.

Não é permitido o uso de próteses, óculos ou lentes de contato, todos devem jogar vendados, com vendas de pano totalmente opacas, e com tampão oftalmológico por baixo, de modo que aquele que possui visão residual não obtenha vantagem sobre um companheiro totalmente cego.

Sendo assim é um jogo que envolve uma igualdade de oportunidades entre os participantes, pois como foi mencionado anteriormente: todos os jogadores devem jogar vendados, mesmo aqueles que possuem resíduos visuais, não havendo distinção entre as categorias esportivas (B1, B2, B3).

No Brasil o esporte foi iniciado no Clube de Apoio ao Deficiente Visual (CADEVI), em São Paulo. Atualmente, são mais de 20 entidades filiadas a ABDC, que praticam essa modalidade, o Primeiro Campeonato Brasileiro foi disputado em 1987 - Curitiba/ PR.

A primeira impressão de quem assiste a um jogo de Goalball, é que este é um jogo relativamente simples e fácil. Três jogadores vendados de cada lado de uma quadra de voleibol, revezando em arremessar uma bola parecida com a bola de basquete. Só que esta tem furos e guizos dentro, num arremesso parecido com o do boliche, tentando marcar um gol, o que parece fácil, pois o gol é toda extensão do fundo da quadra, os três jogadores são defensores e atacantes ao mesmo tempo.

De fato o Goalball é um jogo simples de jogar e de se compreender, porém não é um simples jogo. É um jogo emocionante, vibrante, com jogadas rápidas, cheio de pequenos detalhes, que devem ser trabalhados com os praticantes, pois são esses detalhes que vão fazer a diferença dentro de uma competição.

O principal objetivo do jogo é que cada equipe faça com que a bola siga rasteira e ultrapasse o gol da equipe adversária, que compreende toda extensão do fundo da quadra (9m), ganhando a partida a equipe que ao final do jogo, obtiver o maior número de gols nos dois tempos regulamentares.

Para um melhor entendimento das regras do Goalball, em anexo, COLOCAMOS uma tradução das regras do Goalball. Regras da IBSA, traduzidas por Camargo in Wokshop de GoalBall, 2000

4.2 A PRÁTICA DO GOALBALL E O DEFICIENTE VISUAL

Como toda modalidade esportiva, o Goalball possibilita a aquisição e desenvolvimento das habilidades e capacidades motoras e físicas. Proporcionando um bom condicionamento físico e tático, desenvolvendo a mobilidade, lateralidade, reflexos, coordenação auditiva, percepção espacial, concentração, etc.

As principais defasagens apresentadas por um indivíduo Cego e/ou Deficiente Visual, como já foi mencionado anteriormente são mais evidentes nas habilidades motoras.

O Goalball é uma atividade esportiva, que consegue trabalhar, desenvolvendo as potencialidades individuais, fazendo com que a pessoa busque sempre o melhor de si, procurando superar seus limites em busca do prazer pessoal, de alcançar e superar metas, tendo consciência de que esta busca beneficia a ele próprio e as que estão junto dele.

Segundo Mora in Anjos, 1998, p.38, o Goalball exige e desenvolve capacidades condicionantes como:

- Capacidade anaeróbica (lática e alática)
- Capacidade aeróbica
- Força explosiva
- Força máxima
- Velocidade gestual
- Coordenação
- Flexibilidade, dentre outras.

Diante disso, Anjos (1998, p.38) coloca: *“podemos considerar que a AF deve ser trabalhada no sentido de diminuir defasagens, facilitando a formação e/ou aquisição de conceitos, com o objetivo de ampliar as possibilidades de experiências motoras dos cegos”*.

Silva, 1999, p.03 diz que: *“Quanto maiores forem as suas experiências motoras anteriores, melhor o seu desenvolvimento geral, proporcionando ao indivíduo oportunidades de participação e integração”*.

Cada modalidade esportiva exige tanto a aprendizagem de movimentos próprios como também um certo grau de eficiência na execução destes movimentos.

A capacidade para o movimento representa uma forma básica de sobrevivência e de contato com o meio ambiente. Para a pessoa deficiente visual essa interação se dá através da discriminação de sons, cheiros, da manipulação de objetos e locomoção, assim ela pode explorar, conhecer e dominar esse ambiente.

Desse modo, o movimento que é muito importante na vida do vidente, é fundamental para a PPDV.

Tani et al in Silva, 1999, p.10 coloca que: *“O movimento é fator fundamental da aprendizagem por diversas razões, principalmente porque é através dele que o ser humano interage com o meio ambiente(...)”*.

Santos, 1996, p.30, *“Os movimentos são responsáveis pela mudança de posição do corpo no espaço. Coordenar os movimentos torna-se bastante complexo”*.

No Jogo de Goalball o DV precisa se movimentar de forma rápida e eficaz, para assim surpreender o adversário: com trocas rápidas de posicionamento e movimentação para contra-atacar.

Como estamos falando sobre desenvolvimento das capacidades e habilidades motoras, convém abriremos um espaço para conceituar esses termos:

Habilidades Motoras - Movimentos que precisam ser aprendidos, como:

- *andar*
- *correr*
- *cair, levantar*
- *saltar*
- *arremessar*
- *pular*

De acordo com Whiting in Gallardo, 1997, p.55:

“A habilidade motora é uma ação complexa e intencional, envolvendo toda uma cadeia de mecanismos sensoriais, central e motor que, através do processo de aprendizagem, se tornou organizada e coordenada de forma a alcançar objetivos predeterminados com máxima certeza”.

Capacidade Motora - As condições inatas que uma pessoa tem para o desenvolvimento das referidas habilidades, tais como:

- *velocidade geral*
- *percepção auditiva*
- *percepção tátil*
- *percepção cinestésica*
- *resistência*
- *flexibilidade*
- *coordenação* X
- *equilíbrio* X

Magill e Pelegrinotti in Silva, 1999, p.8 falam sobre capacidade motora, que ela é: “base para a aprendizagem das habilidades específicas de cada esporte”.

Segundo Gallardo, 1997, p.26, as Capacidades Motoras Humanas são usualmente classificadas em três grupos:

- ❖ *Capacidades que dependem principalmente do tipo de fonte energética que é utilizado na execução de habilidades motoras (Força muscular, velocidade, resistência, potência da contração muscular).*
- ❖ *Capacidades que dependem principalmente da qualidade das estruturas do organismo (coordenação motora, flexibilidade corporal, equilíbrio motor).*
- ❖ *Capacidades que dependem principalmente das experiências para seu desenvolvimento (orientação cinestésica, estruturação do esquema corporal, orientação ou percepção temporal, expressão corporal).*

Conhecendo as principais defasagens que as PPDV apresentam podemos dizer que o Goalball torna-se um importante aliado, para essas pessoas, proporcionando uma melhora significativa no seu desenvolvimento geral, devido às habilidades exigidas durante sua prática, é também necessário e fundamental o trabalho das qualidades físicas básicas como a força, velocidade, resistência, agilidade entre outras.

Sua prática é uma estratégia eficiente para facilitar não só o desenvolvimento das habilidades e capacidades motoras, gerais e específicas, mas também para a integração da PPD à sociedade. Trataremos agora das possibilidades de desenvolvimento das Capacidades e Habilidades Gerais e Específicas da PPDV, durante um jogo ou treinamento do Goalball.

Quando iniciamos o Goalball, muitos alunos DV, não sabem, já ouviram falar, mas não conhecem as regras, nunca praticaram essa ou outra atividade física e/ou esportiva, por isso torna-se necessário num primeiro momento que se tenha uma aula sobre as características do jogo, sua origem, regras, enfim uma introdução ao Goalball.

Já com os conhecimentos sobre a modalidade, um “reconhecimento” da área de jogo é importante: as marcações e dimensões da quadra, as linhas demarcatórias laterais, entre as áreas de equipe, de lançamento e neutra, o posicionamento dos jogadores na quadra, podendo reconhecer as traves, as grades de proteção, a bola e o banco, adaptando-se assim ao local e criando uma relação mais familiarizada com o mesmo.

Para uma visão geral da quadra, pode-se utilizar uma quadra feita em auto-relevo, com os pontos em Braille, ou com barbante e fita adesiva em tamanho reduzido.

Descreveremos agora as Habilidades e Capacidades exigidas e trabalhadas no Jogo, primeiro uma definição e depois onde ela está sendo exigida:

Orientação Espacial: capacidade que o indivíduo tem de se localizar e se deslocar no espaço, em relação com o espaço e em relação às pessoas e aos objetos que ocupam este espaço.

Durante o jogo o praticante deve estar atento e se posicionar corretamente:

- tanto para receptar uma bola da equipe adversária como para arremessar essa bola, após uma defesa;
- a localização do companheiro também é muito importante, seja para passar uma bola ou para trocar de posição com o outro, podendo assim surpreender o adversário;

- outro ponto importante é a direção em que ele vai arremessar a bola, tendo consciência do seu posicionamento em quadra saber em que direção lançar essa bola para a quadra adversária.

Orientação Temporal: envolve a capacidade que o indivíduo tem de se adaptar ao ritmo próprio, ao ritmo do outro, ao ritmo do objeto até a capacidade de desenvolver sua própria velocidade.

Por ser um jogo rápido, onde o atleta é ao mesmo tempo atacante e defensor, torna-se extremamente importante essa habilidade, ele deve entrar no ritmo do jogo, para assim contra-atacar com mais eficiência, rapidez e velocidade.

Lateralidade: refere-se à capacidade de percepção, diferenciação e discriminação dos lados direito e esquerdo (D e E) no próprio corpo, nos objetos, nas outras pessoas e no espaço.

Como a defesa se posiciona em triângulo e quando vai interceptar uma bola, deve-se deitar no chão, a lateralidade deve ser trabalhada, para melhorar e dar maior dinâmica ao jogo, para que o aluno possa receber a trajetória da bola arremessada com mais segurança, após discriminar para que lado ele deve cair.

Agilidade: é a habilidade necessária para mover-se com rapidez, com rápidas trocas de direção e de resposta motora.

É preciso ter agilidade para executar as defesas com rapidez e contra-atacar, voltando para a posição de defesa novamente, pensar rápido e definir para que lado cair ou mudar de direção caso a bola seja interceptada por um companheiro e mude sua trajetória.

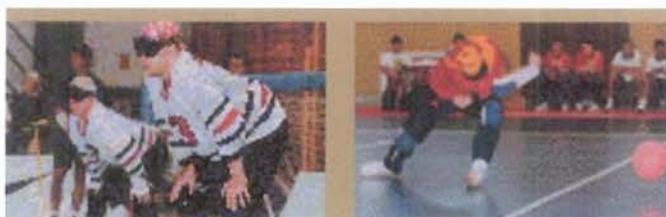
Equilíbrio: é a capacidade de manter-se numa posição de ordem postural por um período de tempo.

Deve-se trabalhar muito com o equilíbrio estático e dinâmico. Para a posição de defesa (agachado, com uma perna estendida para o lado ou em pé) trabalhar o posicionamento das pernas, e para os arremessos (em pé, de costas, com queda) durante um ataque é necessário o desenvolvimento do equilíbrio. Como o DV não tem a visão para orientá-lo, o trabalho com equilíbrio torna-se importante.

Pode-se utilizar exercícios como: andar sobre a trave de equilíbrio, ou superfícies estreitas, caminhar se guiando pelas linhas de marcação da quadra de goalball, ficar na posição de defesa, defender uma bola levantar e arremessá-la.

Domínio Motor: refere-se à capacidade que o indivíduo deve adquirir de controlar seus movimentos em diferentes situações, envolve movimentos de coordenação dinâmica global e equilíbrio (estático e dinâmico).

Defesa e Ataque



A defesa deve ser rápida e preparar um contra-ataque para surpreender o adversário, ter uma boa percepção espacial e auditiva, agilidade e rapidez (decisão e execução), equilíbrio.

O ataque deve ser hábil e rápido, o jogador tem oito segundos para arremessar a bola, ter uma boa concentração, então decidir em que posição da quadra adversária lançará a bola e de que forma será feito o lançamento.

Durante o Jogo é necessário concentração, equilíbrio, manipulação e poder de decisão durante as jogadas, flexibilidade do membro superior, sentido de direção, aprender as técnicas de arremessos. Também é fundamental se trabalhar o desenvolvimento das Qualidades Físicas básicas, como: a força (explosiva), velocidade, resistência (local e geral).

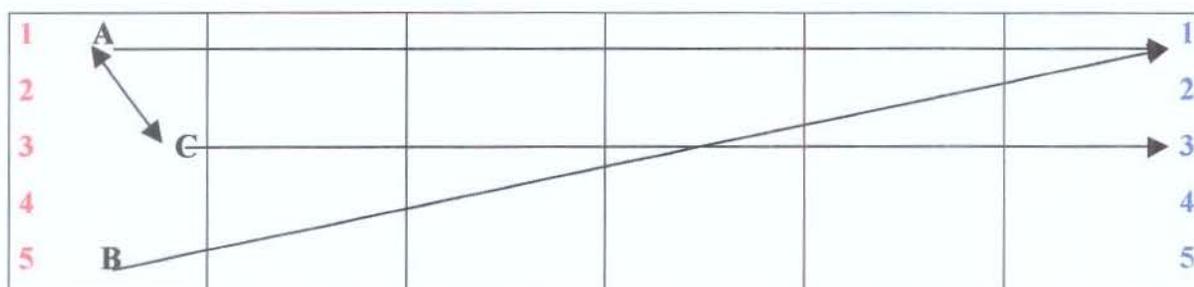
Táticas de arremesso desenvolvidas por Mora in Silva, 1999, p.53-55:

Ponto tático básico: para organizar as jogadas utilização e definição de códigos verbais e não-verbais.

- *Códigos verbais:* palavras chaves com significado já conhecido por todos e que determinam tanto o posicionamento dos jogadores como a forma de ataque a ser efetuada.
- *Códigos não-verbais:* seriam as divisões espaciais da quadra para orientação do ataque.

Os códigos não-verbais:

- 1) Passar para o aluno a divisão da quadra em 5 pontos de ataque e a cada arremesso informar em qual ponto foi finalizado o ataque.
- 2) Pontos de posicionamento dos jogadores em cada um dos 5 pontos de sua área de jogo (área de equipe) e arremessar num dos pontos de ataque da equipe adversária.
- 3) Trocas de posição - os jogadores trocam de posição em quadra, para variar o ataque, ou para surpreender a defesa adversária.



1,2,3,4,5 Pontos de posicionamento dos jogadores.

1,2,3,4,5 Pontos de Ataque na quadra adversária.

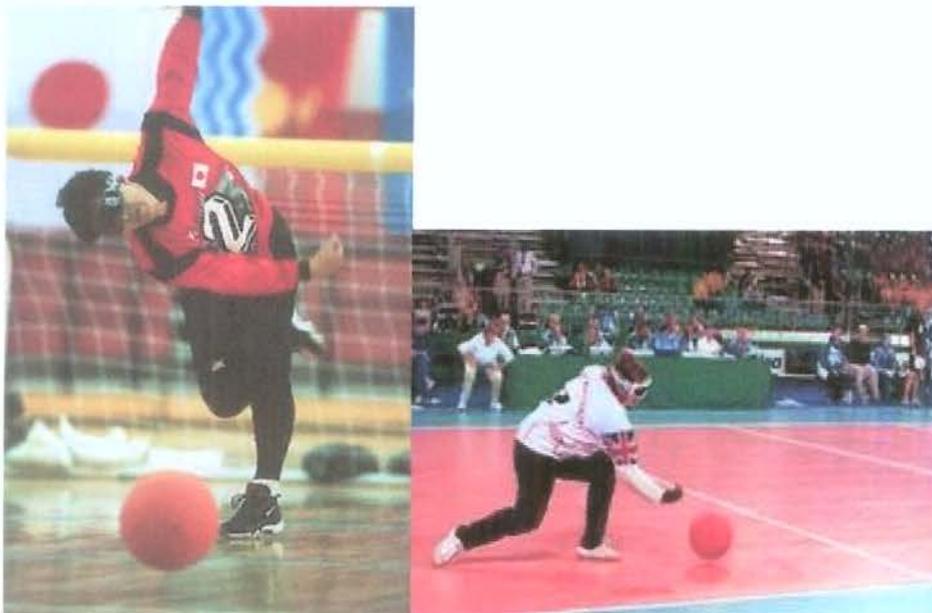
A,B,C Posicionamento dos jogadores na área de equipe.

→ Trajetória do arremesso da bola e em que posição foi finalizada a jogada.

↔ Trocas de posição entre os jogadores.

Técnica: As principais técnicas utilizadas no Golball são: arremesso, deslocamento e recepção da bola. Fotos : Fonte site da Associação Desportiva para Deficientes (ADD).

ARREMESSO



RECEPÇÃO



DESLOCAMENTO



Trabalhando esses fundamentos se tem uma grande vantagem no aprendizado do Goalball: para montar estratégias e jogadas que possam surpreender a defesa adversária.

Durante os jogos da última Copa Brasil de Goalball, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro, em Novembro de 2001, foi possível observar algumas falhas nas jogadas e nas técnicas e táticas de jogo:

- A troca de posição é uma coisa que não acontece muito durante o jogo; passar a bola para o companheiro também não o que muitas vezes acarreta a cobrança de penalidades quando o jogador acaba fazendo três arremessos consecutivos.
- A troca de passe não é muito trabalhada entre os jogadores, pois as poucas trocas que ocorreram, a maioria acabou resultando em gol para a equipe adversária, pois ao passar para o companheiro, a bola acabava rolando e entrando no gol.



Troca de Passe (passar a bola para o companheiro)

Em quase todas as equipes o melhor jogador do time era o pivô, e todos os arremessos chegavam no pivô, que defendia muito bem, os jogadores não faziam lançamentos direcionados para as laterais que muitas vezes estava desprotegida pelo ala.



Pivô na defesa

A utilização dos pontos de ataque torna-se importante nestes casos, pois ao fazer o lançamento o jogador sabe a posição em que lançou a bola e pode tentar lançar em outra posição a ser determinada ou de defesa mais fraca. O técnico durante o jogo pode passar as posições dos jogadores da equipe adversária e montar jogadas a serem executadas visando os pontos fracos na defesa.

CONCLUSÃO

*“É hora das pessoas pararem de ver incapacidades
e começarem a perceber capacidade”.*

Hansen

Este trabalho mostra a importância da prática de Atividade Física pelo Portador de Deficiência, suprimindo as necessidades e defasagens de seu desenvolvimento desde o nascimento até a idade adulta.

Os estudos encontrados com relação à prática esportiva ou de atividades físicas pelo Portador de Deficiência, seja ela física, mental, visual ou auditiva e baseando em bibliografias da área nos ajudaram a entender melhor essa população e mostrar que eles podem e devem praticar uma atividade física.

Torna-se importante oportunizar essa prática ao portador de deficiência, o Goalball é um esporte que desenvolve muitas capacidades e habilidades, sendo assim e tomando-se os cuidados necessários pode-se concluir que a prática do Goalball é uma forma eficiente, que ajuda a PPDV, melhorando sua Qualidade de Vida, facilitando tanto a aquisição das habilidades e capacidades (motoras e físicas), como também a integração da PPD à sociedade.

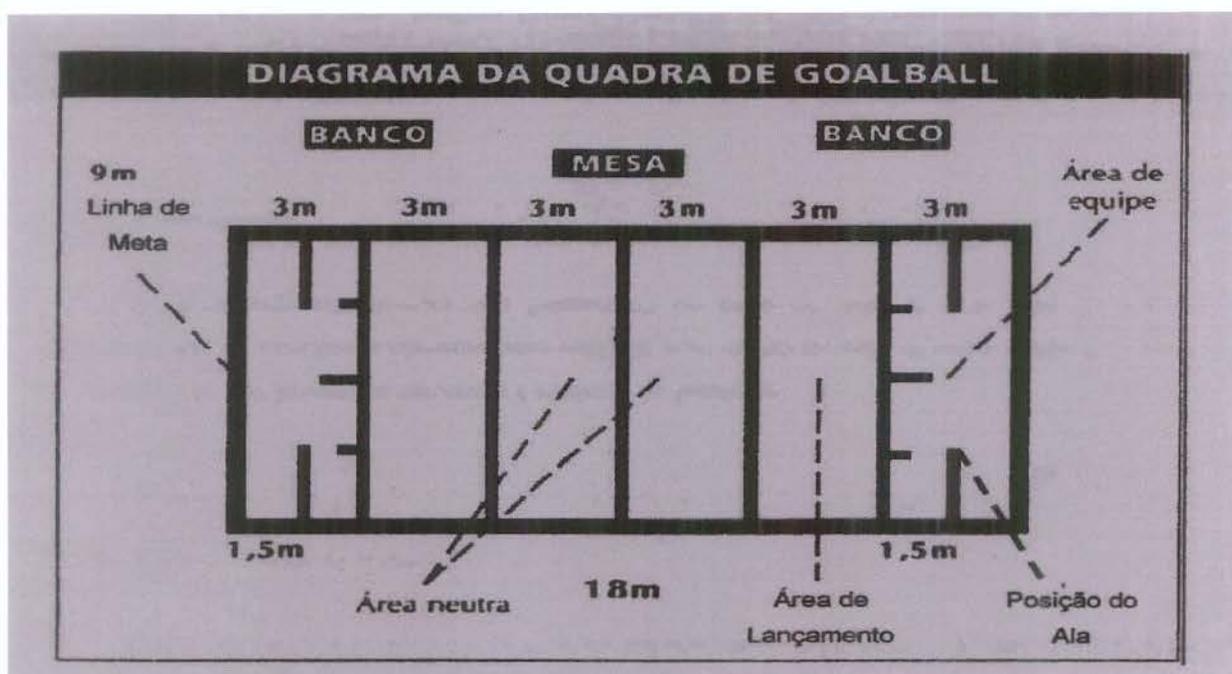
6 ANEXO

REGRAS DO GOALBALL

Possui dois tempos de 7 minutos jogados, com intervalo de 3 minutos entre os tempos oficiais. A prorrogação faz-se com 2 tempos de 3 minutos, sem intervalos entre eles. Durante as situações de falta no jogo o cronômetro é paralisado.

6.1 Sobre a quadra

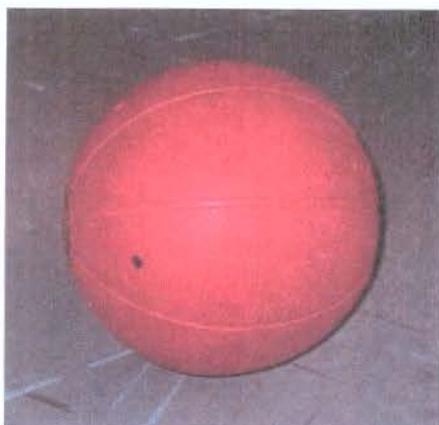
Deve possuir superfície lisa (madeira ou material sintético liso) e suas dimensões serão as mesmas de uma quadra de vôlei, ou seja, 18m de comprimento por 9m de largura. Cada equipe ocupa um espaço de 9x9m, dividido em três áreas: de equipe, lançamento e neutra. A demarcação da quadra é feita com um barbante recoberto por uma fita adesiva de no máximo 5cm de largura, essa delimitação em auto-relevo é importante para que o atleta se oriente na quadra através da percepção tátil.



(Anjos, 1998, p.31)

6.2 Sobre a bola

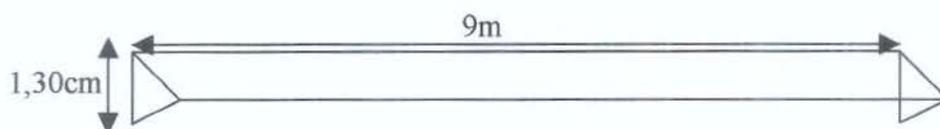
A bola é própria para este jogo, sendo fabricada na Alemanha. Ela pesa 1250g e constitui-se de uma borracha com dureza padronizada. Ela é oca por dentro e possui cerca de 8 guizos sonoros em seu interior, sua circunferência é de 76 cm. Estas medidas são determinadas pelo Comitê Técnico Desportivo da IBSA.



Silva, 1999, p.47.

6.3 Sobre a trave

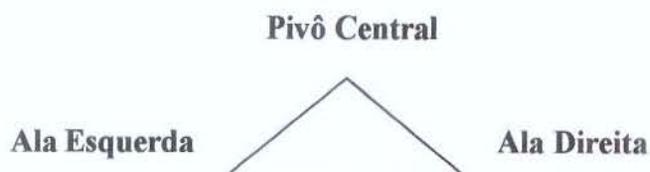
A trave de Goalball situa-se no fundo da quadra e possui 9m de comprimento por 1,30 m de altura. Pode ser fixa ou móvel, de material leve (PVC) ou pesado (barras soldadas de ferro), forma arredondada, deverá ser colocada uma rede.



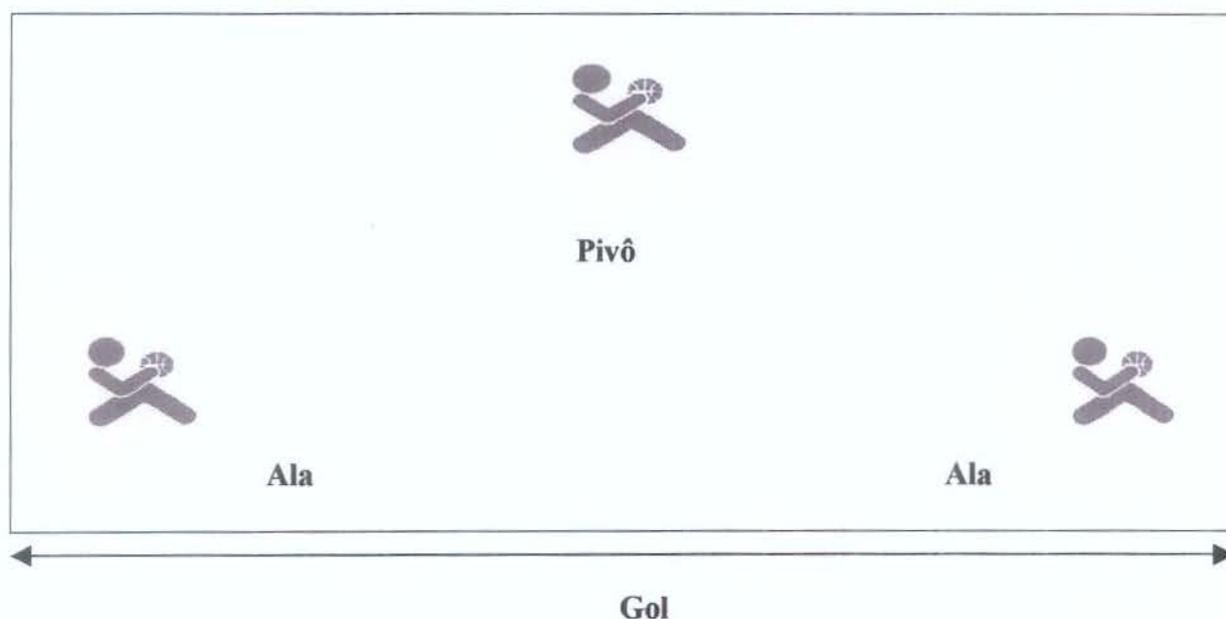
Baliza (Gol)

6.4 Posição dos jogadores em quadra

Os jogadores se posicionam na *área de equipe*, como são três jogadores de cada lado, eles formam um 'triângulo'.



Área de Equipe (Posição dos jogadores)



6.5 Uniformes e proteções

Todos os jogadores deverão usar uniformes com números na frente e nas costas, com um tamanho de no mínimo 20cm. É permitido o uso de proteções no uniforme ou separadas tais como: protetores de quadril, cotoveleiras, joelheiras, coquilha (proteção dos órgãos genitais masculinos).

6.6 Sobre os oficiais do jogo

O jogo deve ser coordenado pelos seguintes oficiais:

- 2 árbitros principais
- 4 juizes de linha
- 1 anotador geral
- 1 anotador de lançamentos
- 1 cronometrista geral
- 1 cronometrista dos 8 segundos.

6.7 Tempos Oficiais:

- ***Tempo Oficial da Equipe (Team Time Out)***: cada equipe tem direito a três tempos de 45 segundos durante o tempo regulamentar à critério do técnico, quando solicitado por uma das equipes, ambas poderão utiliza-lo.
- ***Tempo Oficial dos Árbitros (Officials Time Out)***: o árbitro oficial da partida pode pedir o 'official time' a qualquer momento que considerar necessário.
- ***Tempo Médico Oficial (Medical Time Out)***: no caso de lesão ou doença, o árbitro pode pedir 'medical time'.

6.8 Substituições:

- ***Substituição de direito da equipe (Team Substitution)***: em cada jogo, cada equipe poderá efetuar no máximo 3 substituições durante o tempo oficial e 1 substituição durante a prorrogação.

- **Substituição médica (Medical Substitution):** numa situação de lesão, quando o técnico ou outro membro da equipe, tenha que entrar na área de jogo para assistência ou para retirar o jogador lesionado caso ele não tenha condições de continuar jogando, depois de um ‘medical time out’.

6.9 Faltas ou Infrações:

Em caso de falta ou infração, a bola deverá ser encaminhada para a equipe que se encontra na posição de defesa (perda da posse de bola), isso ocorre nos seguintes casos:

- **Lançamento prematuro ou antecipado (Premature Throw):** se um jogador lança a bola antes do árbitro autorizar.
- **Pés Fora (Step Over):** o jogador que arremessa a bola, deverá ter parte do corpo dentro da quadra.
- **Passe Fora (Pass Out):** quando ocorre uma troca de bola entre os membros da equipe e esta bola rola além dos limites da linha de jogo, fora da quadra.
- **Retrocesso de Bola (Ball Over):** se a bola é interceptada por um jogador da defesa e rola para além da linha central da quadra, retornando para o campo adversário.
- **Bola Morta (Dead Ball):** Caso a bola pare de se mover depois de ter tocado um jogador da defesa, sem que sua equipe tenha tido controle sobre a mesma e não seja encontrada.

- ***Bola Curta (Short Ball)***: toda vez que a bola para na área de lançamento após ter sido arremessada, e estiver fora do alcance da equipe defensora, o jogo é paralisado e a bola vai para a equipe adversária.

6.10 Penalidades:

Podem ser Individuais ou de Equipe (Coletivas), punidas com Cobrança de Pênalti.

A. Individuais

- ***Bola Alta (High Ball)***: a bola deve tocar o solo ao menos uma vez na área de equipe ou na de lançamento depois de ser arremessada.
- ***Bola Longa (Long Ball)***: a bola deve tocar o solo ao menos uma vez na área neutra.
- ***Mãos na Venda (Eyeshades)***: qualquer jogador em quadra que tocar sua venda sem pedir permissão ao árbitro principal da partida será penalizado.
- ***Terceiro Arremesso Consecutivo (Third Throw)***: um jogador pode arremessar somente duas vezes consecutivas: a bola. Quando um jogador marca um gol acidentalmente contra sua própria equipe, esse não será contado como arremesso.
- ***Defesa Ilegal (Illegal Defense)***: o primeiro contato defensivo com a bola deve ser feito por um jogador que tenha qualquer parte do corpo tocando a área de equipe.
- ***Atraso Individual de Jogo (Personal Delay of Game)***:

- se o jogador for orientado por uma pessoa que não os companheiros de equipe em quadra;
 - se o jogador não está preparado para começar a jogar, após ter sido autorizado por um dos árbitros principais.
- ***Conduta Antidesportiva Individual (Personal Unsportmanlike Conduct):*** Caso um árbitro determine que um jogador em quadra está se comportando de maneira antidesportiva, poderá impor-lhe uma penalidade individual.

B. De Equipe ou Coletivas

- ***Oito Segundos (Eight seconds):*** um jogador deve arremessar a bola dentro de 8 segundos após o controle defensivo ter sido obtido.
- ***Instrução Ilegal (Illegal Coaching):*** não é permitido a nenhuma pessoa na área do banco de qualquer equipe dar instrução aos jogadores, com exceção dos tempos oficiais designados para isso e depois de terminado qualquer meio tempo de uma partida.
- ***Atraso Coletivo de Jogo (Team Delay of Game):***
- se a equipe não estiver preparada para começar a jogar, quando pó autorização de um dos árbitros principais;
 - se por qualquer ação da equipe, impedir a continuidade do jogo;
 - fizer uma substituição ao final de qualquer tempo, sem avisar o árbitro principal.
- ***Conduta Antidesportiva Coletiva (Team Unsportmanlike Conduct):*** caso um árbitro principal determine que qualquer componente do banco está se comportando de maneira antidesportiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDC – Associação Brasileira de Desporto para Cegos. (Estatuto), São Paulo, 2001.

ADAMS, R.C. Jogos, Esportes e Exercícios para o Deficiente Físico. Tradução por Ângela Marx, 3ª edição, São Paulo: Manole, 1985.

ADD – Associação Desportiva para Deficientes. (Site), Paraolimpíadas de Sydney, 2000.

ALMEIDA, J.J.G. Estratégias para aprendizagem esportiva para deficientes visuais: uma abordagem pedagógica. Tese (Doutorado), Faculdade de Educação Física – Unicamp, Campinas, 1995.

ANJOS, D.R. Goalball: um esporte idealizado para cegos. (Monografia) Faculdade de Educação Física - UFU, Uberlândia, 1998.

ARAÚJO, P.F. Desporto Adaptado no Brasil: Origem, Institucionalização e Atualidade. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto/ Indesp, 1998.

CAMARGO, W. Workshop de Goalball. (Apostila) Santo André, 2000.

CARMO, A.A. Deficiência Física: a sociedade brasileira cria “recupera” e discrimina. Brasília: Secretaria dos Desportos/PR, 1991.

CONDE, A.J.M. Vamos Jogar Goalball? Revista Benjamin Constant. Rio de Janeiro. Ano 3, Número 7, 1997.

FILHO, B.F.L. História do Desporto para Cegos no Brasil. (Monografia) Faculdade de Educação Física - Unicamp, Campinas, 1996.

GÂNDARA, Mari. A Expressão Corporal do Deficiente Visual. MEC – Secretaria de Desportos. Brasília, 1994.

JUNIOR, M.O.S. Proposta de avaliação para portadores de deficiência visual em coordenação, equilíbrio e orientação espacial. Tese Unicamp (Mestrado), Faculdade de Educação Física, Campinas, 1995.

LUZ, L.M. A Educação Física como instrumento facilitador da aprendizagem das técnicas de orientação e mobilidade. (Monografia). Faculdade de Educação Física - Unicamp, Campinas, 1996.

MELO, C.P. Pessoas deficientes: algumas coisas que você precisa saber. São Paulo, 1986.

MORA, D.H. **Curso para treinadores de Goalbal no Brasil**. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 1996 (Apostila).

MUNSTER, M. **Jogos e brinquedos adaptados a portadores de deficiência visual**. (Monografia) Faculdade de Educação Física – Unicamp, Campinas, 1993.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Mediograf, 2001.

RIBAS, J.B.C. **O que são pessoas deficientes**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

ROSADAS, S.C. **Atividade Física adaptada e jogos esportivos para o deficiente: Eu posso. Vocês duvidam?** São Paulo, 1989.

SANTOS, A. **Representações de Pessoas Cegas sobre a organização espaço-temporal tomando como referência seu próprio corpo**. Tese (Mestrado) Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, M.T. **Goalball: desenvolvimento de habilidades e capacidades motoras por pessoas portadoras e não portadoras de deficiência visual**. Tese Unicamp (Mestrado) Faculdade de Educação Física, Campinas, 1999.

SILVA, S.S. **Atividade Física e Saúde: uma visão Contemporânea**. (Monografia) Faculdade de Educação Física - Unicamp, Campinas, 1997.

TURINI, C.A. **Curso de Extensão em orientação e mobilidade**. Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação (CEPRE), FEM - Unicamp, Campinas, 1996.