

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

MIRELLA BAGDADI SERNAGLIA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCONCEITO EM
CADEIRANTES PRATICANTES DE
ESPORTE ADAPTADO**

Campinas
2009

MIRELLA BAGDADI SERNAGLIA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCONCEITO EM
CADEIRANTES PRATICANTES DE
ESPORTE ADAPTADO**

Trabalho de Conclusão de Curso
(Graduação) apresentado à Faculdade
de Educação Física da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção
do título de Bacharel em Educação
Física.

Orientador: Prof. Dr. Edison Duarte

Campinas
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA

BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

Se67a Sernaglia, Mirella Bagdadi.
Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado / Mirella Bagdadi Sernaglia. -- Campinas, SP: [s.n], 2009.

Orientadores: Edison Duarte.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Autoconceito. 2. Deficiente físico. 3. Lesão medular. 4. Esporte adaptado. I. Duarte, Edison. II. Marche, Ana Lorena. III. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. IV. Título.

dilsa/fef

Título em inglês: Evaluation of self-concept in wheelchair sports practitioners adapted.

Palavras-chave em inglês (Keywords): Self-concept; Handicapped; Spine cord injury; Adapted sport.

Banca Examinadora: Edison Duarte; Vanessa Helena Santana Dalla Dea.

Data da defesa: 03/12/2009.

MIRELLA BAGDADI SERNAGLIA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCONCEITO EM
CADEIRANTES PRATICANTES DE
ESPORTE ADAPTADO**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) defendido por Mirella Bagdadi Sernaglia e aprovado pela Comissão julgadora em: 03/12/2009.

Prof. Dr. Edison Duarte
Orientador

Prof^a. Dra. Vanessa Helena Santana
Dalla Dea
Banca

Campinas
2009

SERNAGLIA, Mirella B. **Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado**. 2009. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o autoconceito, por meio de suas dimensões (somática, pessoal, social e ético-moral), de cadeirantes que praticam esporte adaptado nos Projetos de Extensão de Rúgbi e de Handebol em Cadeira de Rodas da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (FEF/UNICAMP). E dessa forma subsidiar e informar, no que diz respeito a aspectos psicológicos relacionados ao autoconceito, todos os profissionais e pessoas envolvidas com essa população, inclusive as pessoas com deficiência. O instrumento utilizado foi a Escala Fatorial do Autoconceito (EFA), proposto por Tamayo (1981). Foram coletados dados de 13 voluntários com idade média de 28,46 anos (DP=5,93), lesados medulares de origem traumática, independente do sexo, que praticam esporte adaptado por no mínimo duas horas semanais, há pelo menos 3 meses. Os resultados mostraram que a diferença do autoconceito global dentre os indivíduos não foi significativa, indicando uma homogeneidade na amostra. O autoconceito global da população foi negativo, com um escore de 3,99. Em relação aos fatores, foi observado que a prática de esporte adaptado revelou os maiores escores para Autoconfiança e para Aparência Física, enquanto que os fatores Atitude Social e Autocontrole resultaram nos menores escores, porém, todos apresentaram um resultado negativo, estando no ponto neutro da escala ou abaixo dele.

Palavras-Chaves: Autoconceito, Pessoa com Deficiência Física, Lesado Medular, Esporte Adaptado

SERNGALIA, Mirella B. **Evaluation of self-concept in wheelchair sports practitioners adapted.** 2009. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the self-concept, by its dimensions (somatic, personal, social and ethical-moral) of practicing sport wheelchair adapted Extension Projects in Rugby and Handball Wheelchair Faculty of Physical Education State University of Campinas (FEF / UNICAMP). And thus subsidize and report regarding the psychological aspects related to self-concept, all professionals and people involved with this population, including people with disabilities. The instrument used was the Self Scale Factor (EFA), proposed by Tamayo (1981). Data were collected from 13 volunteers with a mean age of 28.46 years (SD = 5.93), spinal cord injuries of traumatic origin, regardless of sex, practicing sports adapted for at least two hours per week for at least 3 months. The results showed that the difference in overall self-concept among individuals was not significant, indicating homogeneity in the sample. The self-concept of the population was negative, with a score of 3.99. As to the factors, it was observed that the practice of sports adapted revealed higher scores for Self-confidence and Appearance, while factors Attitude and Social Self-control resulted in lower scores, however, all showed a negative result, with the neutral point level or below.

Keywords: Self-concept; Handicapped; Spine cord injury; Adapted sport.

Dedicatória

À mulher responsável por toda minha história, por toda essa jornada, por todo meu ser. Na batalha da vida não provocou guerras, semeou a paz e plantou sementes, e agora colhe seus frutos. A toda sua dedicação e compreensão, ao seu amor incondicional.

À minha mãe, mulher guerreira!

Agradecimentos

Com seu jeito único, com seus defeitos e qualidades, ela me ensinou e me ensina os valores da vida, mesmo que muitas vezes nem perceba: obrigada Mãe, pelas oportunidades e vivências que me proporcionou, e sei que sempre fará.

Eles também, não menos importante, talvez um pouco distante: agradeço ao meu Pai e ao meu Irmão.

Esse eu escolhi, ele me faz feliz e me completa de todas as formas, no meu dia-dia, em casa. Ele me incentiva e me apóia, ele faz parte dos meus planos: obrigada Cesar, por todo amor, carinho, amizade e cumplicidade. Essa conquista é nossa, como outras que virão!

Essas meninas me conquistaram, durante todo o período da faculdade, cada uma com seu jeitinho. Vocês fazem parte disso: obrigada Joyce, Fernanda, Gabriella, e Marcela, por cada dia, por todas as risadas, por todos os trabalhos, por todo consolo, e pela amizade que irá além.

Às pessoas que me ajudaram academicamente, em especial: Prof. Dr. Edison Duarte e Prof^ª. Dra. Vanessa H. Santana Dalla Dea, obrigada pelos encontros e discussões do grupo de estudos de Autoconceito, sem dúvidas eles foram de suma importância para esta pesquisa. Agradeço também Andresa Ugaya, com quem aprendi muitas coisas, obrigada por toda competência e carinho.

Aos atletas e pessoas envolvidas com o Rúgbi e o Handebol em Cadeira de Rodas da FEF/UNICAMP: muito obrigada pelas experiências.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma fizeram ou fazem parte da minha vida, seja pessoal ou profissional. Aos voluntários desta pesquisa e a outros que tive contato, um agradecimento especial por todas as vivências e ensinamentos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Indivíduos	35
Tabela 2 - Escores Médios e Média Geral dos Indivíduos e Fatores	40
Tabela 3 - Medidas Resumo para Indivíduo e Fator	42
Tabela 4 - ANOVA para fator FATOR	46
Tabela 5 - ANOVA para fator INDIVÍDUO.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Histograma do Escore Médio, Total de 78 Pontos	40
Gráfico 2 - Box-plot do Escore Médio, Total de 78 Pontos	41
Gráfico 3 - Gráfico Dot-plot por Indivíduo em Relação ao Fator	42
Gráfico 4 – Gráfico de Box-plot por Indivíduo	43
Gráfico 5 - Histograma dos Escores Médios dos Indivíduos Separados por Fator	44
Gráfico 6 - Gráfico de Pontos dos Escores Médios dos Indivíduos Separados por Fator	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRC	Associação Brasileira de Rúgbi em Cadeira de Rodas
ABRHACAR	Associação Brasileira de Handebol em Cadeira de Rodas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPB	Comitê Paraolímpico Brasileiro
EFA	Escala Fatorial do Autoconceito
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FEF	Faculdade de Educação Física
HCR	Handebol em Cadeira de Rodas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps
ONU	Organização das Nações Unidas
RCR	Rúgbi em Cadeira de Rodas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

<u>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</u>	14
<u>CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA</u>	16
1. Deficiência	16
1.1 Deficiência Física Adquirida	18
2. Esporte Adaptado	22
2.1 Rúgbi em Cadeira de Rodas (RCR)	22
2.2 Handebol em Cadeira de Rodas (HCR)	23
3. Autoconceito	25
3.1 Formação do Autoconceito	28
3.2 Autoconceito no Esporte	30
<u>CAPÍTULO III – METODOLOGIA</u>	33
1. Caracterização do Estudo	33
2. Aspectos Éticos da Pesquisa	33
3. População e Amostra	34
4. Instrumento	36
5. Procedimentos	37
6. Análise Estatística	38
<u>CAPÍTULO IV – RESULTADOS</u>	39
1. Análise Inicial	40
1.1 Geral	40
1.2 Indivíduo	42
1.3 Fator	44
2. ANOVA 2X2	46
<u>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO</u>	48
1. Indivíduos	48
2. Fatores	50
2.1 Fatores com Menor Variabilidade	51
2.1.1 Regras Sociais ou <i>Self</i> Ético-Moral	51
2.1.2 Aparência Física ou <i>Self</i> Somático	51

2.1.3 Autocontrole	53
2.2 Fatores com Maior Variabilidade	53
2.2.1 Atitude Social	53
2.2.2 Autoconfiança	54
2.2.3 Receptividade Social	55
<u>CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	57
<u>REFERÊNCIAS</u>	59
<u>ANEXOS</u>	65
<u>APÊNDICES</u>	69

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O autoconceito, segundo Santana (2003), é a forma como o indivíduo se avalia, e desta avaliação dependerá seu sucesso afetivo, social e cognitivo.

Ainda segundo a mesma autora, todos os nossos atos, nossas vitórias e derrotas, nossas características físicas e psíquicas, as vivências que temos perante a sociedade e muitos outros aspectos influenciam no conceito que temos de nós mesmos. Ele está relacionado a tudo aquilo que cerca o indivíduo: o que ele é, o que ele quer, o que ele tem, como os outros o enxergam e como ele enxerga os outros. O autoconceito é estável, alterando-se em fases da vida (infância, adolescência, vida adulta, velhice), ou em caso de algum acontecimento marcante.

Por exemplo, uma pessoa sofre um trauma e se torna deficiente devido à lesão na medula, ela passa por um processo de desconstrução física, social e psicológica, tendo que se adequar a sua nova situação. No caso da lesão medular, seja na paraplegia ou na tetraplegia, o deficiente tem perda total ou parcial dos movimentos dos membros inferiores e/ou membros superiores, essa condição é, na maioria das vezes, irreversível. O uso da cadeira de rodas nesses casos torna-se indispensável.

Assim, a pessoa que adquire uma deficiência física no decorrer de sua vida, além da necessidade de se ajustar às alterações físicas, também necessita restabelecer sua vida social. O que garantirá o sucesso nessa reinserção é a forma como a mesma reconstrói seu autoconceito a partir dessas mudanças, se adaptando e compreendendo sua nova situação. A cadeira de rodas torna-se uma extensão de seu corpo e, conviver com esse auxílio, trará nova percepção sobre o mundo e sobre a forma de viver, o que implica em maior ou menor grau a mudança no autoconceito.

As pesquisas relacionando a atividade física e o esporte, com o autoconceito, têm sido amplamente estudadas com diversas populações. Entretanto, são raras as pesquisas que tratam do autoconceito de praticantes de esporte que possuam algum tipo de

deficiência, principalmente os que são diagnosticados como paraplégicos ou tetraplégicos, e que dependam do uso da cadeira de rodas em seu dia-dia, e não apenas durante a prática esportiva.

Além disso, devido às experiências vividas e observadas com o esporte para deficientes físicos, nota-se que o esporte para essa população possui grande relevância em suas vidas. Percebem-se melhorias, seja no âmbito social, físico, e principalmente no psicológico, em relação à busca do reconhecimento por meio do esporte, valorizando a identidade de atleta, e não a de pessoa deficiente. Assim, sentem-se úteis e capazes, apesar das dificuldades com a deficiência, e o que nos sugere e a hipótese de um melhor autoconceito.

Segundo Fonseca et al. (2007), para os envolvidos com o desporto adaptado, principalmente para os técnicos e treinadores, deve-se adquirir o conhecimento multidisciplinar, aliando as áreas da fisiologia, biometria, biomecânica, domínios da técnica e tática esportiva, além de conhecimentos relacionados às ciências humanas como a psicologia, pedagogia, psicossociologia, dentre outras. Porém, estas últimas são, muitas vezes, negligenciadas pelos profissionais envolvidos com o esporte em geral.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o autoconceito de pessoas com deficiência física usuárias de cadeira de rodas que praticam esporte adaptado. Além disso, esse trabalho pretende subsidiar e informar todos os profissionais e pessoas envolvidas com essa população, bem como as pessoas com deficiência, no que diz respeito à influência do esporte adaptado sobre os aspectos psicológicos relacionados ao autoconceito.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

1. Deficiência

Ribas (1985) coloca que qualquer definição de deficiência implica uma imagem que cada um faz das pessoas com deficiência, e que as palavras são expressões verbais criadas a partir de uma imagem que a mente constrói, que depende da vivência de cada um.

Para Santana *in* Dalla Déa & Duarte (2009), em relação aos termos relacionados à deficiência, afirma que a utilização dos mesmos de forma inadequada implica o risco de reforçar e perpetuar a idéia de falsos conceitos. Uma terminologia adequada não carrega preconceitos, estigmas e estereótipos.

Além disso, Amiralian et al. (2000) apontam que não há uma precisão nos conceitos bem como a utilização dos conhecimentos em diversos países, com grandes variações em relação ao modelo médico e social.

Dessa forma, tentando precisar melhor os “termos”, em 9 de Dezembro de 1975, surge a *Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes*, aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que em seu artigo I proclama:

“O termo ‘pessoas deficientes’ refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”.

Outra definição, baseada na *International Classification of Impairments*,

Disabilities, and Handicaps (ICIDH, 1993), conceitua-se o termo deficiência como sendo uma perda ou anormalidade de estrutura ou função (psicológica, fisiológica ou anatômica), temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

A incapacidade é definida, também pela ICIDH (1993), como uma restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada convencional para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária. Diz respeito aos obstáculos encontrados na vida diária.

Já a desvantagem é um prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade.

Desse modo, tendo como exemplo a pessoa que depende da cadeira de rodas para se deslocar, ela é um deficiente físico, com incapacidade de locomoção, e desvantagem na independência física e na mobilidade.

O uso da expressão “portador de deficiência” ou “pessoa portadora de deficiência” tornou-se bastante popular no Brasil no período de 1986 a 1996. Porém, estes termos passaram a ser questionados pelo próprio grupo de pessoas com deficiência. A argumentação é que eles não portam a deficiência, que significa o mesmo que levar ou carregar consigo, como se ora portassem, ora não portassem. Na metade da década de 1990, entrou em uso no país a expressão “pessoas com deficiência”, que permanece sendo a mais adequada. (SANTANA *in* DALLA DÉA & DUARTE, 2009).

Segundo Carmo (1991), o termo “deficiente” é atribuído aos membros de uma sociedade que apresentam alguma forma de “anormalidade” ou de “diferenciação” perante os demais, quer no domínio cognitivo, afetivo ou motor. Porém, poucas pessoas conseguem indicar os limites do que é “normal” ou “anormal”, seja numa mesma cultura ou

em culturas diferentes.

Entende-se que o significado literal da palavra “deficiente” é muito forte, de certo modo ela se opõe à palavra “eficiente”, dando a entender que a pessoa não é capaz. É sem dúvidas um rótulo cheio de pré-conceitos, que acaba dificultando a vida pessoal, social e profissional desse indivíduo.

Para a compreensão do significado da deficiência, bem como suas implicações, Manhães (2004) ressalta a importância das vivências familiares, sociais e culturais de cada um. É essa relação com o mundo que fará com que os indivíduos enxerguem a deficiência de forma diferenciada para cada situação e para cada pessoa envolvida.

1.1 Deficiência Física Adquirida

A deficiência física pode ser de diferentes origens: *congênita*, que são de origem pré-natais, ocorrem nos três primeiros meses do embrião no útero, causada por malformação; ou *adquirida*, que acontecem em fase peri ou pós-natal, durante ou após o parto, causadas por doenças ou acidentes.

A deficiência física adquirida, segundo Duarte e Gorla *in* Gorla, Campana e Oliveira (2009) pode ter origem traumática, sendo as mais frequentes a lesão medular por trauma na coluna vertebral e as amputações.

De acordo com o objetivo do trabalho, abordaremos com maior profundidade a deficiência física adquirida por lesão medular traumática, sendo caracterizadas como paraplegia ou tetraplegia. Essa lesão pode ocorrer por diversos fatores externos, entre eles os acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, acidentes com armas de fogo, mergulho em águas rasas, entre outros.

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), 900 mil pessoas apresentam paralisia por lesão medular no Brasil, sendo que a faixa etária de maior incidência está entre 18 e 40 anos, com predomínio do sexo masculino (5:1), e

tendo os traumas como a causa mais comum.

Esses dados confirmam o que Teixeira (2006) aponta: que existe um percentual significativo de jovens adultos e homens que se tornam dependentes, com a deficiência ou incapacitantes na fase de maior importância física/mental para o trabalho, sendo em sua maioria caracterizados por lesão medular ou lesão cerebral.

De acordo com Duarte e Gorla *in* Gorla, Campana e Oliveira (2009) pode-se considerar duas categorias de comprometimento: as lesões altas (cervicais), em que ocorrem as tetraplegias; e as lesões mais baixas, com menor grau de comprometimento, que são as paraplegias. Sendo que a primeira caracteriza-se pela paralisia nos quatro membros e comprometimento na musculatura da respiração, enquanto que a segunda caracteriza-se pela paralisia dos membros inferiores, que podem apresentar espasticidade e flacidez, dependendo do nível de lesão. De qualquer forma, as disfunções sensitivo-motoras, sexuais e autonômicas estão sempre presentes.

Além de toda a dificuldade que a pessoa com deficiência sofre pelo estigma que carrega, a interrupção da vida dita "normal" na fase adulta acarreta na necessidade de se readaptar às diversas mudanças físicas, psíquicas e sociais que irá enfrentar. A pessoa passa por uma etapa de reorganização pessoal.

Teixeira (2006) cita que, no caso de lesados medulares, a paralisiação dos membros - de acordo com a altura e o tipo de lesão sofrida, podendo ser completa ou incompleta - a ausência de mobilidade, o esvaziamento da sensibilidade, a precariedade da sexualidade, e os desconroles esfínterianos, retomam o adulto, sendo homem grande ou mulher feita, à condição de recém-nascidos, em estado de total desamparo e com grande dependência. Assim, passa a ser necessário a intervenção de um cuidador, que irá auxiliar na saciação, no alimento, no banho e nos cuidados higiênicos.

Novaes (1975) *apud* Manhães (2004) ressalta que as perturbações na função excretora podem ser responsáveis por sentimentos de culpa e de vergonha, trazendo uma sensação de infantilidade e preocupação constante com as repercussões sociais que este distúrbio acaba causando.

Desse modo,

“O deficiente cria uma ansiedade direcionada à busca do controle mais eficaz de seus impulsos e respostas corporais, principalmente em relação àqueles que possuem menor tempo de lesão e àqueles que necessitam realizar maior número de deslocamento e reajuste posturais, como por exemplo, os que trabalham regularmente.”

SCHERB (1998) *apud* MANHÃES (2004, p. 17)

Intervenções médicas e fisioterápicas também são necessárias, já que objetivam uma reinterpretação do modo de viver dessa pessoa com deficiência por meio da reabilitação do corpo, pois este é o meio de comunicação do ser com o mundo, que concretiza sua existência e garante sua identidade (TEIXEIRA, 2006)

Segundo Oliveira (2004), nessa nova situação o indivíduo pode desenvolver vários distúrbios emocionais, como a baixa de auto-estima e até fenômenos de perda de identidade.

Pode-se destacar dois aspectos das deficiências adquiridas:

“O primeiro diz respeito ao momento de sua instalação, que pode impedir ou frustrar projetos típicos da idade que se vive; o segundo coloca a questão de para quem se é pessoa com deficiência, se para os outros ou para si mesmo, assinalando que diferente de uma deficiência congênita, em que o indivíduo cresce e se desenvolve lidando com seus efeitos, as pessoas com deficiências adquiridas podem comparar-se consigo mesmo em dois momentos distintos, gerando sentimentos de menos valia.”

MOOR (1973) *apud* SILVA e ALBERTINI (2007, pg. 1)

Acometido pela brusca transformação corporal, a pessoa com deficiência física adquirida precisa mudar a maneira como percebe o mundo e a si mesmo. Segundo Mayeda (2005), o corpo no início passa a ser motivo de repúdio, já que essa nova sensação faz com que por alguns instantes o corpo e a memória do corpo passado entrem em conflito.

Amiralian (1986) *apud* Campos et al. (2007) coloca que a representação

mental é o básico na formação do autoconceito, porém, indivíduos com lesão medular encontram maiores dificuldades para desenvolvê-lo após o trauma físico. O primeiro motivo é a limitação do seu movimento corporal, que impede um maior conhecimento do seu próprio corpo; enquanto que o segundo motivo diz respeito às percepções de sua imagem refletida no espelho, que são freqüentemente negadas.

Para Novaes (1975), citado por Campos et al. (2007), um dos processos a se considerar na reabilitação psicológica da pessoa com deficiência física adquirida é a aceitação da sua incapacidade. Muitos enfermos, mal informados sobre suas limitações físicas, vivem na ilusão de um dia tornarem a ser o que eram anteriormente, não enfrentando a realidade de sua enfermidade. Aceitar-se implica uma confrontação com valores sociais negativos incorporados pelo indivíduo antes do advento traumático.

Campos et al. (2007) afirma que existem alguns mecanismos de defesa que ajustam o sujeito sobre suas incapacidades. Baseados na literatura, estes autores citam a negação, projeção, formação reativa e regressão (Amiralian 1986); e a repressão, sublimação, identificação, racionalização, fuga na fantasia e compensação (Novaes 1975), como mecanismos utilizados constantemente por pessoas com deficiência adquirida.

Manhães (2004) se baseia em Rocha (1990) quando considera a família, diante de suas crenças e valores. “A maneira como a família encara a deficiência contribuirá de forma substancial para a construção de uma nova identidade, refletindo-se em uma nova forma de inserção social”. Assim, a problemática da pessoa com deficiência física não está restrita a ele, mas ao contrário, engloba todos aqueles que com eles convivem, direta ou indiretamente, incluindo os constituintes de seu núcleo familiar, que passará por um ajuste gradual até a adaptação.

2. Esporte Adaptado

Winnick (2004) caracteriza o esporte adaptado como sendo “o esporte modificado ou criado para suprir as necessidades especiais dos portadores de deficiência” (p.6). O autor afirma que pode ser praticado em ambientes integrados, onde pessoas com deficiência interagem com pessoas sem deficiência, ou em ambientes segregados, nos quais a participação esportiva envolve apenas pessoas com deficiência.

O mesmo autor ainda exemplifica sua definição citando que o Basquetebol é um esporte regular, enquanto que o Basquetebol em Cadeira de Rodas é considerado um esporte adaptado. Ele também ressalta que mesmo os jogos criados especificamente para uma determinada deficiência, como o Goalball (criado para pessoas com deficiência visual), também são considerados esporte adaptado já que suprem as necessidades especiais dos praticantes.

Existem modalidades para todos os tipos de deficiência, porém, neste trabalho o foco serão os esportes que podem ser praticados por cadeirantes, em especial o Rúgbi e o Handebol em Cadeira de Rodas, que segundo o referencial adotado, são definidos como esporte adaptado.

2.1 Rúgbi em Cadeira de Rodas (RCR)

O Rúgbi em Cadeira de Rodas (RCR) é um esporte adaptado coletivo diferenciado em relação aos outros: enquanto todas as outras modalidades permitem em suas regras a elegibilidade de indivíduos comprometidos apenas por um membro do corpo; no RCR são elegíveis apenas pessoas com deficiência com comprometimento em pelo menos três membros, nos casos de lesão medular e poliomielite, e no mínimo quatro membros, no caso de amputações. Ou seja, é uma modalidade que propicia a prática das pessoas com

deficiência de maior comprometimento, que muitas vezes são desfavorecidos nas outras modalidades.

Entretanto, apesar de ser jogado por atletas com alto grau de comprometimento físico, o RCR é talvez a modalidade em cadeira de rodas que envolve maior contato físico, com quedas e batidas, que tornam o jogo tenso e emocionante. Os praticantes dessa modalidade, em sua maioria, demonstram grande nível de adesão e comprometimento com a prática, talvez pelo fator de impacto que o jogo proporciona aos atletas e aos expectadores.

Segundo o Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB), o RCR é um esporte Paraolímpico desde os Jogos de Sidney em 2000, porém foi criado no Canadá em 1977. É praticado na categoria mista, ou seja, podem jogar ao mesmo tempo jogadores do sexo masculino e feminino. O objetivo do jogo é ultrapassar com a posse da bola entre cones dispostos na linha de fundo do adversário. Para isso a regra permite maior contato entre as cadeiras dos jogadores, em relação às outras modalidades coletivas, porém, o contato direto com o adversário não é permitido.

Cada jogador é classificado de acordo com sua funcionalidade, recebendo uma pontuação que varia de 0.5 (maior deficiência) a 3.5 pontos (menor deficiência). As equipes em quadra são formadas por quatro atletas e não devem ter a soma dos jogadores maior do que oito pontos. Utilizam-se quadras de tamanho oficial de basquete e bolas semelhantes às de vôlei (Associação Brasileira de Rúgbi em Cadeira de Rodas - ABRC, 2009).

2.2 Handebol em Cadeira de Rodas (HCR)

Ao contrário do RCR, o Handebol em Cadeira de Rodas (HCR) é uma adaptação muito recente, e que ainda não está inserida nos Jogos Paraolímpicos. Segundo Calegari et al. (2005), em âmbito internacional a modalidade do handebol já foi adaptada para

surdos e para pessoas com deficiência mental, fazendo parte dos Deaflympics (olimpíadas dos surdos) e das Special Olympics (olimpíadas especiais).

O handebol começou a ser praticado por cadeirantes em diversos lugares do mundo, formando pequenos focos de adeptos, porém sem existir uma regulamentação específica da modalidade. Os países pioneiros do HCR, segundo a Associação Brasileira de Handebol em Cadeira de Rodas (ABRHACAR, 2009), foram Brasil, Espanha e Chile. No Brasil se iniciou no Projeto de Extensão Universitária da FEF/UNICAMP, no ano de 2004.

Em seu estudo, Calegari et al. (2005) realizou uma pesquisa exploratória sobre o Handebol para cadeirantes identificando se o mesmo está sendo praticado, quais as regras utilizadas para esta prática e as possibilidades de intercâmbio. A partir desse estudo, foram criadas duas modalidades: o HCR7 e o HCR4. A primeira com sete jogadores em quadra, e a segunda com quatro.

O handebol em cadeira de rodas é um jogo coletivo para pessoas com deficiências permanentes nos membros inferiores. Possui um sistema de classificação funcional dos jogadores, com o intuito de amenizar as desvantagens entre um e outro, equilibrando as equipes.

No geral, o jogo adaptado é muito parecido com o jogo tradicional, sendo feitas apenas algumas modificações que levam em consideração a cadeira de rodas, a mecânica da sua locomoção e a necessidade de se jogar sentado. O HCR7 possui maior relação com o Handebol de Salão, enquanto o HCR4 se relaciona em maior escala com o Handebol de Areia (ABRHACAR, 2009).

3. Autoconceito

Segundo Serra (1986a), “o autoconceito é a percepção que o indivíduo tem de si próprio”.

Tamayo et al. (2001) mostram que o primeiro a analisar sistematicamente a noção de autoconceito foi William James. Ele construiu uma ruptura com a abordagem filosófica da época e introduziu a dimensão social no autoconceito. Anos mais tarde, Baldwin apresentou o autoconceito numa perspectiva social e cultural, que foi reforçada por Cooley (1902) e Mead (1963). O *self* foi enfraquecido com o desenvolvimento do Behaviorismo, e, em 1943, foi “re-admitido” na Psicologia.

James, de acordo com Tamayo (1981), define autoconceito como o conjunto de tudo aquilo que o indivíduo pode chamar de seu: seu corpo, suas capacidades físicas, suas roupas, seus bens materiais, sua família, seus amigos, seu trabalho, sua reputação, seu dinheiro, entre outros. Ele afirma que o *self* é tudo aquilo que pode ser chamado de “meu” ou fazer parte de mim.

Na autopercepção o indivíduo é simultaneamente sujeito percebido e sujeito-que-percebe, objeto de conhecimento e sujeito conhecedor. Assim, o autoconceito designa as funções perceptivas e ativas. Porém, a percepção de si mesmo também implica na participação das funções ativas para defender, conservar e desenvolver a autopercepção. Ou seja, a autopercepção implica sempre um mecanismo regulador. Portanto, temos que o *self* é o conceito de si mesmo, desenvolvido e conservado ativamente (TAMAYO, 1981).

O mesmo autor ainda afirma que o autoconceito é uma organização hierárquica e multidimensional, coerente e integrada, de um conjunto de percepções de si mesmo. O *self* possui um caráter adaptável que é regulado pelo dinamismo individual, pelas características de interação social e pelo contexto situacional, ou seja, ele se adapta às exigências e solicitações da sociedade, da cultura, e do meio-ambiente. Assim, o autor considera que “o *self* é eminentemente social”.

Niedenthal e Beike (1997) *apud* Tamayo et al. (2001) descrevem autoconceito como as representações mentais das características pessoais utilizadas pelos indivíduos para a definição de si mesmo e regulação do seu comportamento.

A representação que a pessoa tem de si própria esta estacada na sua memória, da mesma forma que a representação que ela tem de outras pessoas ou de objetos. O *self* é uma das estruturas mais elaboradas e mais ricas entre todas que estão na memória. (TAMAYO et al., 2001).

Os mesmos autores colocam que essas rerepresentações mentais também são denominadas esquemas cognitivos ou auto-esquemas. Assim, esses esquemas que constituem o autoconceito funcionam como uma lente que filtra as informações, retendo e integrando somente aquelas que sejam consistentes com a estrutura dos próprios esquemas.

O autoconceito é composto por várias dimensões: o self social, o self pessoal, o self somático e o self ético-moral. A seguir, abordaremos cada uma das dimensões de acordo com Tamayo (1981).

Self Social: consiste na abertura do indivíduo para os outros, na procura de interação, no desejo de complementaridade de si e do outro, na necessidade de reconhecimento pelos outros. É dividido em duas subestruturas:

- a. *Receptividade Social*, que é formada pelas percepções da predisposição social, do relacionamento interpessoal, da abertura do indivíduo aos outros, e da sua capacidade de comunicação.
- b. *Atitude Social*, que compreende os padrões de reação do indivíduo em seu relacionamento com os outros.

Self Pessoal: é a maneira como o indivíduo se percebe como pessoa, nas características psicológicas que se atribui. Também é dividido em duas subestruturas:

- a. *Segurança Pessoal*, que é formada pelas percepções e sentimentos de permanência e de confiança em si mesmo.

- b. *Autocontrole*, que consiste na maneira como o indivíduo disciplina sua atividade, suas relações e sua interação com o mundo.

Self Somático: é o resultado de um corpo físico, das percepções diretas e indiretas que o indivíduo tem dele, e da maneira como seu corpo é percebido pelos outros. A aparência física e o estado físico são componentes fundamentais do dessa dimensão. A estruturação deste *self* e a maneira como os diferentes membros do corpo são integrados nesta imagem, dependem da valorização cultural e histórico-individual de cada um. Assim, o self somático é baseado no corpo vivido, e não necessariamente no corpo anátomo-fisiológico, ou corpo objetivo.

Self Ético-Moral: esta dimensão fornece ao indivíduo uma imagem da sua dignidade moral, baseada na forma como ele é percebido pelos outros, que é inteorizada e integrada como parte da sua própria percepção. Consiste nas crenças do que é bom e do que é mal.

Geralmente consideram-se três componentes no autoconceito: o avaliativo, o cognitivo e o comportamental. O primeiro é a auto-estima, e consiste na avaliação global que a pessoa faz de seu próprio valor. É um dos determinantes do bem-estar psicológico e do funcionamento social. O cognitivo é composto pelas percepções que o indivíduo tem dos traços, das características e das habilidades que possui ou que pretende possuir, além de controlar o processo informativo interpretando e filtrando as informações externas. O terceiro, o comportamental, são estratégias de auto-apresentação utilizadas pelo indivíduo, consiste na transmissão aos outros de uma imagem positiva de si mesmo (TAMAYO et al., 2001).

Mussen et al. (1995) *apud* Santana (2003) ressalta a diferença entre auto-estima e autoconceito: enquanto o primeiro envolve avaliação; o segundo é um conjunto de idéias sobre si próprio que é descrito e não envolve julgamento de valor. Ou seja, a auto-estima é a avaliação que o indivíduo faz sobre o seu autoconceito.

Fitts (1972) é citado em Serra (1986b) quando afirma que quanto melhor é o autoconceito, mais efetivo é o funcionamento do indivíduo. Serra (1986b) conclui em seu estudo que pessoas com um bom autoconceito têm tendência a desenvolver expectativas positivas e vice-versa.

Para finalizar, pode-se concluir que, segundo Crano, Crano & Baggio (1983) citado por Santana (2003), existe uma variação na definição de autoconceito, mas a maioria dos autores concorda que:

- O autoconceito é um conjunto de atitudes e crenças inter-relacionadas que o indivíduo tem de si próprio;
- É produto de uma interação social;
- Estão organizadas de forma hierárquica e sistemática;
- Os componentes mais centrais da estrutura são mais resistentes a mudanças;
- De acordo com a natureza do sistema, a mudança em um aspecto pode acarretar mudanças em outros aspectos;
- A manutenção e aprimoramento do autoconceito constituem uma força que motiva o comportamento social.

3.1 Formação do Autoconceito

Para Serra (1986a) o autoconceito depende, na sua formação, das avaliações perceptivas pelos outros, da comparação do comportamento do indivíduo com as normas de grupos de referência, das atribuições pessoais feitas ao comportamento observável e ainda de outras influências sócio-culturais.

A formação do autoconceito passa por diversas fases, iniciando a partir de seu nascimento. A princípio a imagem do bebê encontra-se muito vinculada com a imagem da mãe, porém, com as diversas experiências sensoriais, cognitivas e motoras que esse novo ser vivencia, inicia-se a formação de seu autoconceito.

“O autoconceito inicia seu desenvolvimento desde o nascimento, apesar de que,

num primeiro momento, a criança não consegue distinguir sua existência separada e diferenciada da mãe. Nesta etapa o autoconceito se caracteriza pela busca dessa diferenciação, numa procura intensa entre o que é 'si mesmo' e o que é 'o outro'."

(SANTANA 2003, p. 15)

Serra (1986a) cita Swann e Read (1981) quando afirma que a formação do autoconceito tem muito de *inter-pessoal*, pois é influenciado não só pelos pensamentos, sentimentos e ações do próprio indivíduo, como igualmente pelos pensamentos, sentimentos e ações dos parceiros de interação social. Referem ainda que o processamento do *feedback* social é feito através de táticas cognitivas por meio das quais o indivíduo procura obter confirmação e validação externa para o seu autoconceito.

Villa Sánchez & Escribano (1999) *apud* Santana (2003) relatam sobre a influência que as pessoas que possuem uma estreita relação com a criança, sejam familiares ou amigos e professores, desempenham na formação do autoconceito. É através das manifestações e ações destas pessoas, que as crianças adquirem consciência de serem indivíduos dignos de apreço ou desprezo.

As principais mudanças no autoconceito ocorrem principalmente até o início da fase adulta, onde o indivíduo passa pelas maiores alterações fisiológicas, sociais e psicológicas.

Porém, os mesmos autores apontam que o desenvolvimento do autoconceito não termina após os 20 anos como muitos pensam. Essa avaliação é modificada durante toda nossa vida. Na fase adulta, entre 20 e 60 anos, muitos acontecimentos podem levar a reformulações periódicas do autoconceito, sejam elas positivas ou negativas. Os autores citam o âmbito profissional, o matrimônio, a maternidade ou a paternidade, a evolução das capacidades físicas, o status socioeconômico e cultural exigidos pela sociedade, entre outras mudanças na vida, como aspectos que influenciarão na avaliação que a pessoa tem de si mesma.

Tamayo et al. (2001) afirma que o conteúdo do autoconceito é determinado tanto pela situação social na qual se encontra o sujeito como pelos seus interesses, metas e motivações do momento. E ao mesmo tempo, segundo Zugliani et al. (2007), o autoconceito determina a trajetória do indivíduo, pois a visão mais profunda que tem de si influencia todas as escolhas significativas e as decisões, determinando o tipo de vida que o mesmo cria para si.

3.2 Autoconceito no Esporte

O esporte em geral traz grandes benefícios a todos que o praticam, principalmente às pessoas com deficiência. Além de contribuir para o desenvolvimento físico, é uma poderosa ferramenta de ajuda na reabilitação e na inclusão dessas pessoas junto à sociedade, e mais que tudo, o esporte lhes propicia independência (CONDE et al., 2006).

Afonso (2007) coloca que o indivíduo com deficiência é, tradicionalmente, mais privado de oportunidades de socialização e de interação social adequadas. Quando estes conseguem participar em algo pertencente à sociedade, este consegue fazer parte da sociedade, consegue ser aceito por ela, e seu autoconceito melhora substancialmente, não se sentindo desprezado nem marginalizado.

Labronici et al. (2000) mostram que o esporte é um fator de integração da pessoa com deficiência física na sociedade, significativamente nos aspectos psíquicos e sociais, pois ele proporciona integração social; atividade não passiva e sim mais ativa; independência nas atividades propostas; competitividade; grupos de atividades; atividades individuais; concentração e coordenação; regras. Desenvolvem assim os traços positivos de personalidade, como a consciência de si, a capacidade de superação de obstáculos e adaptação dos mesmos, a percepção dos outros, as relações humanas e a autonomia; fatores que estão relacionados ao autoconceito.

A psicologia é de suma importância no esporte, porém, é preciso ter um cuidado maior ao trabalhar com pessoa com deficiência. Bawden *in* Dosil (2005) cita Henschen, Horvat & French (1984) onde compararam o perfil psicológico de atletas de elite com e sem deficiência. O estudo revelou que a característica que tende a diferenciar as populações é o fato de que a maioria dos atletas com deficiência sofreu uma experiência traumática em suas vidas, que resultou na respectiva incapacidade. Assim, o impacto dessa experiência deve ser considerado ao trabalhar com essa população.

Além disso, para muitos atletas com deficiência, o esporte torna-se o sentido de suas vidas, já que sentem muito prazer em praticá-lo, além de reconhecerem os benefícios proporcionados por ele.

“O desempenho atlético é associado com ganhos significativos não só na capacidade física e manutenção de independência, mas também para a saúde mental, incluindo a percepção de competência e identidade pessoal. O esporte e a superação no mesmo renovam a percepção mudando a auto-estima e criando uma imagem corporal positiva.”

(BRAZUNA & CASTRO, 2001, p. 117)

O esporte adaptado envolve muito mais do que uma competição entre equipes, para o atleta o esporte significa competir contra si, contra sua deficiência, contra a vida e contra os outros. Segundo Brazuna & Castro (2001), existe uma diferença de atitude em torno da competição entre pessoas com e sem deficiência: no primeiro caso, a competição associa-se à superação da deficiência consigo e contra o conceito sobre deficiência construído pela sociedade; já para o segundo, associa-se com a motivação externa provocada pelo adversário ou requerimento da prova atlética. Assim, para a sociedade sem deficiência, essa é uma competição externa.

A pessoa com deficiência, após o engajamento com o esporte, passa a ser visto e identificado como “atleta”, e não como uma “pessoa deficiente”. Essa mudança na construção da percepção da identidade dele, e também da sociedade em relação a ele, é um atrativo muito grande para a manutenção desta pessoa com deficiência no meio esportivo.

Afonso (2007) cita um estudo feito por Patrick em 1986 que avaliou atletas em cadeiras de rodas e demonstrou que o esporte de competição tem uma influência fortemente positiva sobre o autoconceito e a aceitação da deficiência. Um dos motivos é que as mudanças corporais resultantes do exercício e da atividade física podem promover e aumentar o autoconceito.

Santana (2003) coloca que as relações sociais e outras vivências como a satisfação e a insatisfação, presentes na vitória ou na derrota dentro dos esportes e atividades físicas em geral, irão fazer parte da avaliação que o indivíduo faz dele mesmo. O esporte

permite que seus praticantes vivam não apenas intensas experiências físicas, mas, principalmente, experiências psicológicas que somente sua prática pode proporcionar.

A autora ainda aponta que não só a educação física pode intervir no autoconceito com jogos e atividade em geral, como também o autoconceito poderá intervir positivamente ou negativamente na atuação do aluno/atleta na prática. Um autoconceito negativo faz com que o indivíduo encontre dificuldades nas relações com os companheiros, na percepção e na integração com os objetos, e principalmente dificuldades em vivenciar intensamente a rica experiência que a atividade física pode proporcionar.

De acordo com Afonso (2007), o autoconceito, enquanto parte integrante da personalidade, influencia o comportamento de diversas formas. No caso particular das atividades motoras esportivas, a percepção que os indivíduos possuem das suas capacidades é entendida como um indicador fundamental para a reavaliação das suas atitudes e comportamentos frente a essas atividades.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

1. Caracterização do Estudo

O presente estudo é do tipo transversal com delineamento descritivo e abordagem quantitativa, visto que o instrumento foi aplicado uma única vez; com o objetivo avaliar o autoconceito de cadeirantes que praticam esporte adaptado; partindo da análise dos componentes de um fenômeno onde o pesquisador encontra-se afastado do processo de coleta de dados, através da utilização de instrumentos objetivos onde os dados podem ser analisados através de fórmulas estatísticas (THOMAS & NELSON, 2002).

2. Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto deste estudo foi submetido pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), de acordo com as normas de conduta para pesquisa com seres humanos. Este órgão é responsável, nesta Universidade, em emitir pareceres com base nas Resoluções 196/96 e 251/97 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O material enviado ao CONEP continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários que foram utilizados, bem como a metodologia de aplicação e caracterização dos voluntários a serem envolvidos no

estudo.

Os voluntários que participaram deste estudo foram informados sobre a avaliação pela qual seriam submetidos e conscientizados sobre proposta do mesmo. Também foram orientados para que lessem o TCLE e, estando de acordo com as regras propostas, assinaram consentindo a utilização, a publicação dos dados coletados e a preservação de sua identidade. O TCLE esclarece detalhadamente os motivos, consequências e os direitos do participante (Apêndice A). A pesquisa não envolveu eventos invasivos (coleta de sangue ou qualquer outro procedimento perfuro-cortante), os voluntários foram avaliados através de um questionário, sendo de livre escolha a participação ou não na pesquisa.

Outro ponto importante em relação aos aspectos éticos deste estudo refere-se à relevância social do tema para os voluntários envolvidos e para posteriores pesquisas, o que garante a igual consideração dos interesses das duas partes. A pesquisa contribui para o desenvolvimento da ciência em relação ao autoconceito de cadeirantes que praticam esporte adaptado e em relação à área do Esporte Adaptado, fomentando técnicos e preparadores físicos.

Dessa forma, esta pesquisa foi aprovada sem restrições pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP, em 23 de Junho de 2009, através do parecer N° 548/2009. Os dados foram coletados em Agosto e Setembro de 2009.

3. População e Amostra

A seleção da amostra foi do tipo intencional e voluntária, conforme a disponibilidade e interesse dos sujeitos em participar da pesquisa (THOMAS & NELSON, 2002).

Os voluntários foram recrutados nos Projetos de Extensão da Faculdade de Educação Física da Unicamp, onde são oferecidas algumas modalidades de esporte adaptado, com foco nos cadeirantes, como o Handebol e o Rúgbi em cadeira de rodas.

Participaram desta pesquisa apenas pessoas com deficiência física adquirida, com lesão medular de origem traumática, diagnosticados como paraplégicos ou tetraplégicos.

Foram coletados os dados de 13 lesados medulares que fazem o uso da cadeira de rodas em seu dia-dia e que praticam esporte adaptado por, no mínimo, duas horas semanais, há pelo menos três meses. Tempo considerado suficiente, devido à experiência da pesquisadora, para que o sujeito tenha um envolvimento assíduo com o esporte. Em relação ao tempo de prática, foi considerada a prática de outras modalidades que não o RCR e o HCR.

Os sujeitos poderiam ser de ambos os sexos, porém era imprescindível que fossem maiores de 18 anos.

Para a análise dos resultados e exposição dos dados, os voluntários foram identificados por letras de A a M de modo aleatório, sem relação alguma com seus respectivos nomes.

Abaixo, na Tabela 1, caracterizamos os indivíduos de acordo com a idade, idade em que adquiriu a lesão, tempo de lesão, tipo de deficiência e o tempo de prática esportiva. O tipo de deficiência de cada voluntário foi definido pela pesquisadora por ser uma informação de visível e de fácil entendimento para quem tem experiência na área, sem necessidade de questionamento.

Tabela 1 - Caracterização dos Indivíduos.

Indivíduo	Idade	Idade que Adquiriu a Lesão	Tempo de Lesão	Tipo de Lesão	Tempo de Prática Esportiva	Modalidade
A	21	17	4 anos	Paraplegia	3 anos	HCR
B	38	14	24 anos	Paraplegia	20 anos	HCR
C	29	27	2 anos	Paraplegia	6 meses	HCR
D	32	22	10 anos	Paraplegia	6 meses	HCR
E	33	26	7 anos	Paraplegia	2 anos	HCR
F	30	23	7 anos	Tetraplegia	3 meses	RCR
G	32	17	15 anos	Tetraplegia	1 ano	RCR
H	23	21	2 anos	Tetraplegia	2 anos	RCR
I	22	17	5 anos	Tetraplegia	4 anos	RCR
J	32	27	5 anos	Tetraplegia	5 anos	RCR

K	35	22	13 anos	Tetraplegia	1 ano e 6 meses	RCR
L	20	15	5 anos	Tetraplegia	1 ano e 2 meses	RCR
M	23	18	5 anos	Tetraplegia	7 meses	RCR

De acordo com a Tabela 1, a média de idade da amostra é de 28,46 anos, com desvio padrão (DP) de 5,93. O mais jovem tem 21 anos, e o mais velho 38 anos. A média de idade em que a lesão foi adquirida é de 20,46 (DP=4,48), num intervalo entre 14 e 27 anos. A média do tempo de lesão é 8 anos (DP=6,19), sendo que a pessoa com mais recente tem 2 anos de lesão, e o mais antigo tem 24 anos de lesão. Em relação ao tempo de prática o intervalo varia de 3 meses à 20 anos. Dos 13 voluntários, 5 são paraplégicos e 8 tetraplégicos.

4. Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a Escala Fatorial do Autoconceito (EFA), proposto por Tamayo (1981) (Anexo A). Além de questões adicionais referentes ao sexo, idade, tempo em que pratica esporte adaptado, quantidade de horas semanais no qual se dedica ao mesmo, e com qual idade adquiriu a deficiência (Apêndice B).

A EFA é composta por 83 itens, relacionados a atributos bipolares, agrupados em quatro dimensões. Duas dessas dimensões apresentam subestruturas, que foram denominados como fatores, que são seis ao todo. São eles: *self* pessoal (autoconfiança e autocontrole); *self* social (atitude social e receptividade social); *self* ético-moral; e *self* somático.

Devido à aplicação de questionários piloto anterior à pesquisa, notou-se uma dificuldade na compreensão do instrumento original, assim, foi decidido adaptar a EFA para melhor entendimento do voluntário. Os itens originalmente são escalonados pela numeração de 1 à 7, da esquerda para a direita, contendo atributos bipolares em cada extremidade, por exemplo:

VIOLENTO	1	2	3	4	5	6	7	PACÍFICO
----------	---	---	---	---	---	---	---	----------

Sendo que o número 1 indica que o sujeito é muito violento, o número 4 é um ponto neutro, e o número 7 indica que ele é muito pacífico.

Neste trabalho utilizaremos a seguinte escala, com o intuito de minimizar as dúvidas e erros:

VIOLENTO	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	PACÍFICO
----------	----	----	----	---	----	----	----	----------

Onde: MU = muito; ME = médio; PO = pouco; e 0 = neutro.

É importante esclarecer que a adaptação feita no questionário não interferiu no resultado, já que os dados obtidos foram transformados em números de 1 à 7, de acordo com o escalonamento original.

5. Procedimentos

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados sempre após os treinos para que os voluntários não interrompessem sua prática. Devido à dificuldade de todos estarem presente em um único dia; a dependência com o transporte coletivo agendado, que fazia com que muitos não tivessem tempo disponível para responder as questões naquele momento; e a impossibilidade de alguns voluntários tetraplégicos para segurar a caneta sem o adaptador para escrita, os dados foram coletados em diferentes dias, com um intervalo máximo de quatro semanas entre o primeiro e o último voluntário.

Foram lidos e esclarecidos todos os aspectos éticos e o objetivo da pesquisa

antes que os voluntários assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o consentimento, foram dadas todas as instruções para o preenchimento da EFA. Cada voluntário preencheu seu questionário individualmente, sem que tivessem acesso às respostas dos demais.

6. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada por meio da Análise de Variância (ANOVA) 2X2. Também foi feita uma análise do comportamento geral das médias dos Indivíduos e dos Fatores. Em todas as etapas da análise estatística, adotou-se o nível de significância de 5%. O software utilizado para as análises dos dados foi o MINITAB 15.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A variável resposta de interesse é o escore obtido na Escala Fatorial do Autoconceito, que pode assumir valores inteiros de 1 a 7. A escala contém um total de 83 itens divididos em 4 dimensões: Self-Pessoal (25 itens), Self-Social (29 itens), Self Ético-Moral (16 itens) e Self-Somático (13 itens), sendo que as duas primeiras dimensões dividem-se nos fatores: Segurança Pessoal (12 itens) e Autocontrole (13 itens); Atitude Social (10 itens) e Receptividade Social (19 itens) respectivamente. As duas últimas dimensões são atribuídas os fatores Regras Sociais (16 itens) e Aparência Física (13 itens) respectivamente, totalizando 6 fatores. Junto com os fatores é também de interesse da pesquisa analisar o efeito dos indivíduos sobre o escore obtido.

Para cada fator foi calculada a média dos escores correspondentes aos respectivos itens, obtendo-se 6 medidas para cada indivíduo, totalizando um conjunto de 78 observações. Têm-se também as médias totais de cada fator e as médias totais de cada indivíduo. O resultado se encontra na Tabela 2.

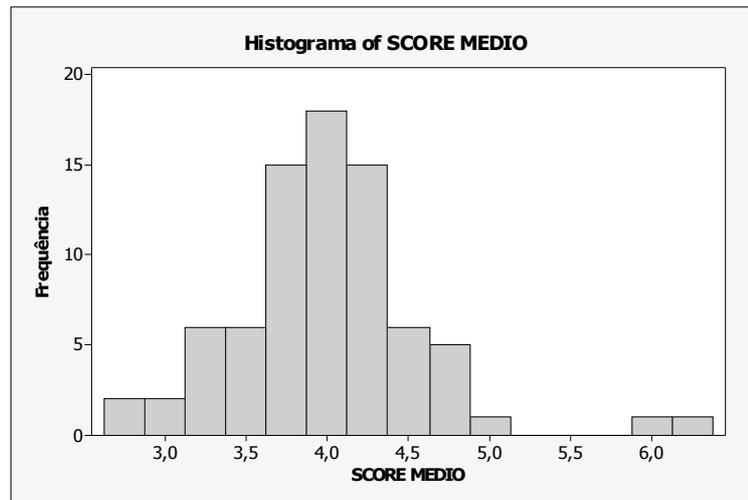
Indivíduo	Aparência Física	Atitude Social	Auto-confiança	Auto-controle	Receptividade Social	Regras Sociais	TOTAL
A	3,9231	4,8000	5,9167	4,2308	4,1053	3,7500	4,4543
B	4,6154	2,7000	3,6667	3,9231	3,7368	4,3125	3,8257
C	4,1538	3,7000	3,0000	3,4615	3,1579	4,4375	3,6518
D	4,2308	2,9000	6,1667	3,3846	4,1053	3,6875	4,0791
E	4,7692	3,7000	4,3333	3,7692	4,7368	4,0000	4,2181
F	4,0769	3,4000	3,7500	3,8462	4,1579	3,4375	3,7781
G	4,1538	3,3000	4,3333	3,3077	4,1053	4,0000	3,8667
H	4,0000	4,0000	4,9167	3,9231	4,0000	3,8750	4,1191
I	4,1538	3,8000	3,3333	3,9231	4,2632	3,9375	3,9018
J	4,0000	3,5000	4,0833	4,0769	4,2105	3,7500	3,9368
K	4,2308	2,7000	4,7500	3,1538	4,5263	3,8125	3,8622
L	3,8462	4,6000	3,7500	3,3077	4,2105	4,3125	4,0045
M	4,4615	3,5000	4,7500	3,7692	4,4737	4,1875	4,1903
TOTAL	4,2012	3,5846	4,3654	3,6982	4,1377	3,9615	3,9914

Tabela 2 - Escores Médios e Média Geral dos Indivíduos e Fatores.

1. Análise Inicial

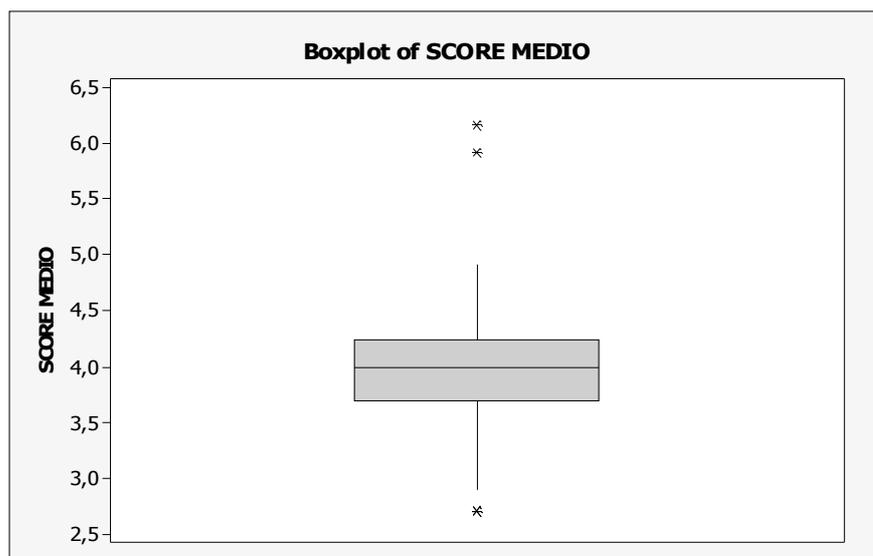
1.1 Geral

Gráfico 1- Histograma do Escore Médio, Total de 78 Pontos.



No Gráfico 1 (Histograma) temos a distribuição dos escores médios. Observa-se um comportamento simétrico em torno de sua média, destacando-se duas observações. No Gráfico 2 (Box-plot), além dos pontos destacados no Gráfico 1, também observa-se um terceiro ponto discrepante.

Gráfico 2 - Box-plot do Escore Médio, Total de 78 Pontos.



Os dois pontos que se encontram a direita do Gráfico 1 correspondem aos escores médios 6,1667 (indivíduo D, fator Auto-confiança) e 5,9167 (indivíduo A, fator Auto-

Indivíduo	Mínimo	Mediana	Media	DP	Máximo	Tamanho
A	3,7500	4,1680	4,4543	0,8010	5,9167	6
B	2,7000	3,8300	3,8257	0,6589	4,6154	6
C	3,0000	3,5808	3,6518	0,5615	4,4375	6
D	2,9000	3,8964	4,0791	1,1320	6,1667	6

confiança). No Gráfico 2 destaca-se mais um ponto (na verdade são 2 sobrepostos), além dos já destacados no Gráfico 1. São os escores médios 2,7 (indivíduos B e K, ambos no fator Atitude social).

Na Tabela 3 temos as estatísticas descritivas calculados para Indivíduo e Fator. Dentre os indivíduos podemos destacar o D que apresentou maior desvio padrão e dentre os Fatores podemos destacar Autoconfiança pela mesma razão. O Indivíduo J e o Fator Aparência Física tiveram o menor desvio padrão.

Tabela 3- Medidas Resumo para Indivíduo e Fator.

E	3,7000	4,1667	4,2181	0,4698	4,7692	6
F	3,4000	3,7981	3,7781	0,3156	4,1579	6
G	3,3000	4,0526	3,8667	0,4491	4,3333	6
H	3,8750	4,0000	4,1191	0,3941	4,9167	6
I	3,3333	3,9303	3,9018	0,3254	4,2632	6
J	3,5000	4,0385	3,9368	0,2630	4,2105	6
K	2,7000	4,0216	3,8622	0,8025	4,7500	6
L	3,3077	4,0283	4,0045	0,4620	4,6000	6
M	3,5000	4,3245	4,1903	0,4735	4,7500	6
Aparência Física	3,8462	4,1538	4,2012	0,2693	4,7692	13
Atitude Social	2,7000	3,5000	3,5846	0,6401	4,8000	13
Autoconfiança	3,0000	4,3333	4,3654	0,9357	6,1667	13
Autocontrole	3,1538	3,7692	3,6982	0,3374	4,2308	13
Receptividade Social	3,1579	4,1579	4,1377	0,3865	4,7368	13
Regras Sociais	3,4375	3,9375	3,9615	0,2882	4,4375	13

1.2 Indivíduo

Gráfico 3 - Gráfico Dot-plot por Indivíduo em Relação ao Fator.

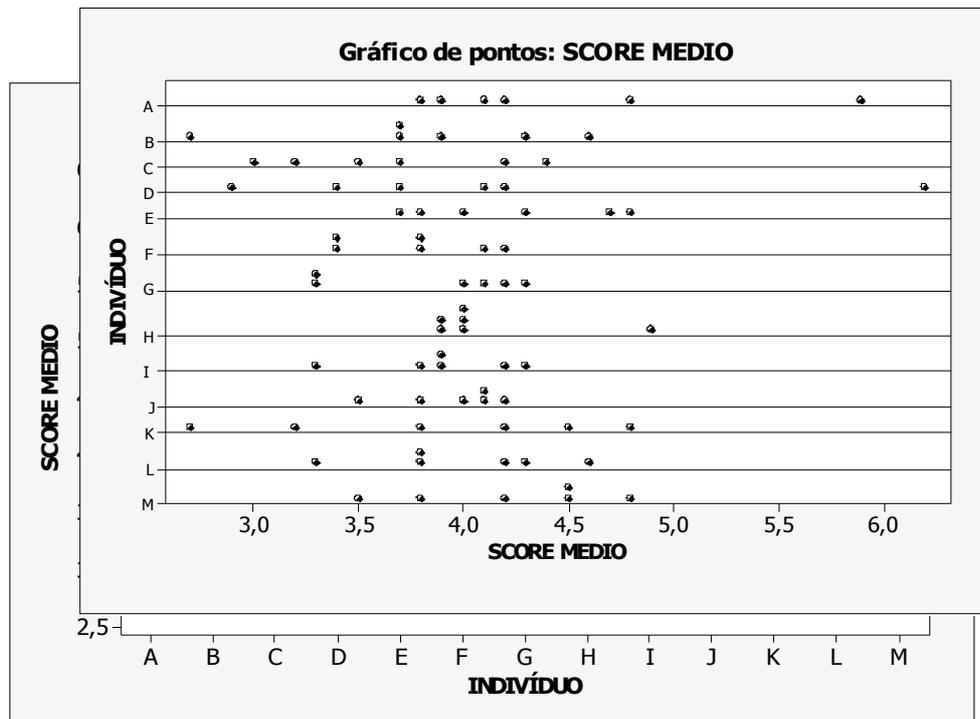


Gráfico 4 - Gráfico de Box-plot por Indivíduo.

Os Gráficos 3 e 4 representam respectivamente o Dot-plot (gráfico de pontos) e Box-plot (caixas) respectivamente separados por indivíduo. Neste gráfico pode-se observar de forma mais clara os escores médios da Tabela 3.

Pelo Gráfico 3 observamos que os indivíduos A e D foram os únicos que apresentam valores de escores médios por fator acima de 5, ambos no Fator Autoconfiança. Nota-se também que o indivíduo H apresenta uma concentração dos escores em torno de 4 com um ponto desgarrado dos demais (escore 4,9167, Autoconfiança).

No Gráfico 4, podemos visualizar de forma mais clara um resumo do comportamento dos indivíduos em relação aos fatores. Novamente destacamos o indivíduo D devido a maior dispersão, e os indivíduos A, B, C e K por também apresentarem alta

dispersão. Por outro lado, podemos destacar os indivíduos H, I e J pela baixa dispersão de seus escores médios. E os indivíduos M e E pelas maiores escores médios medianos.

1.3 Fator

Nesta seção serão apresentadas as análises dos dados separados por Fator. Nos Gráficos 5 e 6 aparecem o histograma e o Dot-plot dos dados.

No Gráfico 5 nota-se que os fatores Aparência Física, Regras Sociais e Autocontrole apresentam menor dispersão do escore médio, mas neste último observa-se uma certa assimetria à esquerda. Já nos Fatores Atitude Social e Autoconfiança observa-se maior dispersão dos dados e também assimetria à esquerda, no caso de Atitude social, e à direita, para Autoconfiança.

Pelo Gráfico 6, podemos observar que os dois maiores escores discrepantes dos demais foram observados no Fator Autoconfiança e os três menores escores foram observados no Fator Atitude Social, o que ajuda a explicar as respectivas assimetrias.

2. ANOVA 2X2

Nesta seção se apresentam os resultados da análise de variância para os dados dos escores médios. Na tabela ANOVA 2x2 (Tabela 4) aparecem os resultados para os fatores INDIVÍDUO e FATOR. Temos que o fator INDIVÍDUO (p -valor = 0,473) não é estatisticamente significativo para o escore médio, nos intervalos de confiança para INDIVÍDUO com nível de confiança de 95% podemos observar que existem intersecções para todos eles.

No caso do fator FATOR (p -valor = 0,003) temos que ele é estatisticamente significativo ao nível 5%, novamente observando os intervalos de confiança, para alguns níveis dos fatores não existem intersecções nos intervalos de confiança.

Tabela 4 - ANOVA para fator FATOR.

FATOR	Mean	-----+-----+-----+-----+-----
Aparencia Fí	4, 20118	(-----*-----)

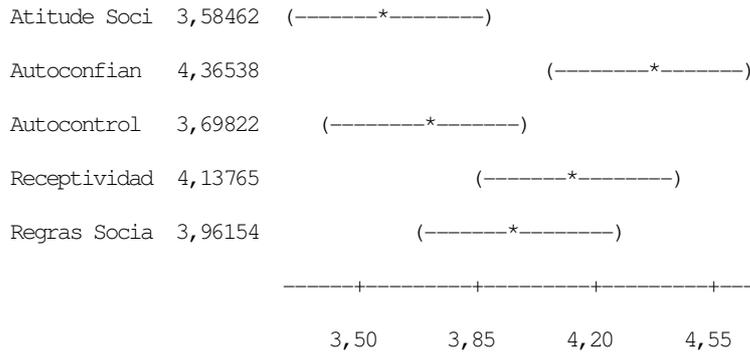


Tabela 5 - ANOVA para fator INDIVÍDUO.

INDIVIDUO	Mean
A	4,45430
B	3,82575
C	3,65180
D	4,07914
E	4,21811
F	3,77808
G	3,86669
H	4,11912
I	3,90182
J	3,93680
K	3,86224
L	4,00448
M	4,19033



3,50 4,00 4,50 5,00

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Devido à pequena amostra deste estudo, podemos relacionar os resultados da ANOVA 2X2 com as médias parciais de cada indivíduo em relação aos fatores, e dessa forma verificar se a amostra se comportou de forma regular, com pequeno desvio padrão, ou se foi tendenciosa, com grande desvio padrão.

É importante ressaltar que a validação da EFA foi realizada no estudo feito por Tamayo (1981), onde que não foram definidos escores ideais de referência para avaliar um autoconceito positivo ou negativo. O autor apenas cita que um escore elevado (máximo de 7,00) indica um autoconceito positivo, e um escore baixo (mínimo de 1,00) manifesta um autoconceito negativo.

Assim, temos que o ponto neutro da escala é o escore 4,00, abaixo dele iremos considerar um escore negativo, e acima dele, positivo. Dessa forma, seguiremos a

discussão baseada nesses dados, e em alguns casos, será feita uma relação indireta com outros estudos.

1. Indivíduos

Dentre o autoconceito global dos indivíduos não foi possível constatar qualquer diferença nas médias, pois, mesmo com as diferentes variabilidades dos indivíduos, ocorreram intersecções em todos eles.

O escore geral de cada indivíduo esteve dentro do intervalo [3,65; 4,45]. Isto é, o maior autoconceito foi encontrado para o indivíduo A (4,45) e o menor para o indivíduo C (3,65), porém essa diferença não foi significativa.

O autoconceito da amostra é de 3,99 (DP = 0,21). Assim, esses resultados afirmam certa homogeneidade no autoconceito da população estudada, ou seja, que lesados medulares de origem traumática, que praticam RCR e HCR há pelo menos três meses, independente do nível da lesão (tetraplegia ou paraplegia), avaliam seu autoconceito de forma semelhante.

Tamayo et al. (2001), compararam o autoconceito de adultos sem deficiência, acima de 40 anos, praticantes e não praticantes de atividade física regular. Os escores do autoconceito global foram respectivamente 5,50 e 5,31. Assim, os resultados foram significantes para uma convergência no sentido do impacto positivo da atividade física sobre o autoconceito.

No estudo de Dalla Déa (2009), a autora analisou as alterações e correlações entre autoconceito e capacidades físicas de idosos, praticantes de atividade física no período de um ano. Os resultados mostraram melhoras significativas no autoconceito geral dos idosos após as intervenções com atividades físicas, onde o escore médio no início foi de 5,33, alcançando um escore de 6,05 ao final das atividades.

Assim, ao compararmos o escore obtido neste estudo com os escores observados nos estudos citados acima (Tamayo et al., 2001 e Dalla Déa, 2009), concluímos

que a amostra obteve um autoconceito global negativo, muito abaixo dos escores encontrados em outras populações praticantes de atividade física.

Tamayo (1981) cita que a mensuração do autoconceito não visa à absoluta verdade do indivíduo, mas sim a verdade percebida por ele mesmo. Para ele, o fundamental nessa avaliação são as percepções do indivíduo sobre si mesmo, e a maneira como elas são vivenciadas. O mesmo autor ainda coloca que o *self* é o conceito de si, desenvolvido e conservado ativamente, por meio dos mecanismos de defesa.

Campos et al. (2007) afirma que existem alguns mecanismos de defesa que ajustam o sujeito sobre suas incapacidades. Baseados na literatura, estes autores citam a negação, projeção, formação reativa e regressão (Amiralian 1986); e a repressão, sublimação, identificação, racionalização, fuga na fantasia e compensação (Novaes 1975), como mecanismos utilizados constantemente por pessoas com deficiência adquirida.

Assim, é importante ressaltar que essa tendência ao ponto neutro da escala (escore 4,00) pode ter sido fortemente influenciada pelos mecanismos de defesa reguladores do autoconceito. Ao se avaliar de forma neutra, sem assumir os adjetivos colocados nos extremos da escala, essa população se anula considerando-se indiferente, sem expor suas opiniões sobre si, evitando qualquer tipo de julgamento externo.

Campos et al. (2007) afirma que a percepção de como somos vistos e avaliados pelos outros se constitui em um fator fundamental do autoconceito e do comportamento.

Baseado em Mead (1963), Rodriguez Tomé (1972) e Ziller (1973); Tamayo (1981) enfatiza a influência da interação social na origem, estruturação e desenvolvimento do autoconceito. Fechio et al. (2009), coloca que através da interação social o indivíduo poderá descobrir novas formas de se locomover e caminhar na sociedade, reconhecendo suas dificuldades físicas como não impeditivas de ação social autônoma e ativa.

O esporte coletivo possui grande caráter social, proporciona a integração e o convívio com outras pessoas. Assim, aliando esse caráter social que permeia o esporte coletivo com a influência que a atividade física exerce sobre o autoconceito (Tamayo et al., 2001 e Dalla Déa, 2009), acredita-se na possibilidade da amostra ter apresentado um autoconceito positivo, caso fossem relacionados com um grupo de lesados medulares não

praticantes de esporte adaptado. Porém, é importante ressaltar que essa é uma comparação indireta, já que as amostras variam na faixa etária, na condição física, e na delimitação da atividade física.

2. Fatores

A ANOVA 2X2 revelou o efeito principal da variável Fator. Dessa forma concluímos que somente essa variável tem influência nos escores médios,

O fator Autoconfiança (escore 4,36) obteve o maior escore médio, seguidos pelos fatores: Aparência Física (escore 4,20); Receptividade Social (escore 4,13); Regras Sociais (escore 3,96); Autocontrole (escore 3,69), e o menor escore para o fator Atitude Social (escore 3,58). Onde os 3 últimos relacionam-se com adjetivos negativos.

Analisando a dispersão das médias dos indivíduos nos fatores Aparência Física, Autocontrole e Regras Sociais, concluímos que nos três casos os indivíduos se comportam de forma regular. Já nos fatores Atitude Social, Autoconfiança, e Receptividade Social, os indivíduos apresentam maior variabilidade nas médias.

2.1 Fatores com Menor Variabilidade

Iniciaremos pelos fatores que tiveram as menores dispersões.

Em relação aos fatores: Regras Sociais, ou *Self* Ético-Moral; Aparência Física, ou *Self* Somático; e Autocontrole, temos que nos dois primeiros as médias se concentram no ponto neutro da escala (escore 4,00), já no último, essa concentração é abaixo desse ponto. O escore concentrado no ponto neutro da escala mostra que a população considera-se indiferente quanto a estes aspectos.

2.1.1 Regras Sociais ou *Self* Ético-Moral

Dentro do fator Regras Sociais, estão as características do *self* ético-moral, tais como desleal/leal, mentiroso/sincero, desonesto/honesto, infiel/fiel, injusto/justo, maldoso/bondoso, entre outros. A amostra se avalia de forma indiferente em relação às suas condutas e comportamentos, não se consideram completamente regulados pelas normas ético-morais, e não se reconhecem totalmente como digno e honesto.

2.1.2 Aparência Física ou *Self* Somático

Na Aparência Física, que envolve o *self* somático, os indivíduos avaliaram a percepção de seu corpo ligeiramente acima da média global (3,99). O fato de realizar uma atividade física, além de proporcionar os benefícios fisiológicos, pode ter sido determinante no efeito positivo do autoconceito dessa população, sejam eles reais ou apenas uma impressão.

Podemos associar este advento com o estudo realizado por Afonso (2007), que determinou que a prática de Basquetebol em Cadeira de Rodas interferiu positivamente no conceito de corpo de paraplégicos, criando melhor relação do indivíduo com seu corpo, não lhe provocando grande incômodo ou insatisfação, ou motivo para se esconder. No mesmo estudo, ela mostra que os paraplégicos não praticantes de atividade física possuem um conceito menos positivo, além de demonstrarem um maior retraimento quando abordados sobre esse assunto.

No presente estudo analisamos lesados medulares de origem traumática, conseqüentemente usuários de cadeira de rodas. Portanto, não podemos negligenciar a respeito das relações físicas e psicológicas que esses indivíduos constroem com esse meio de locomoção. Se esta relação for bem construída, a cadeira de rodas será percebida como se fosse parte de seu corpo, substituindo os membros inferiores, causando maior satisfação corporal. Caso contrário, a cadeira é vista apenas como uma necessidade, que não faz parte de si.

Ribas (1985) afirma que grande parte das pessoas com deficiência tentam amenizar suas diferenças por meio do uso de próteses ou qualquer outro acessório que torne seu defeito mais aceitável, imperceptível para as outras pessoas, melhorando seu relacionamento com as mesmas. O autor relata que algumas pessoas com deficiência assumem que a sociedade está naturalmente dividida entre os “iguais” e os “diferentes”, e tentam ser “iguais”.

Mayeda (2005) relacionou a representatividade da cadeira de rodas pessoas com deficiência física, atletas e não atletas. Ela encontrou que no grupo de atletas a maioria considerou a cadeira como parte integrante do corpo, enquanto que no grupo de não atletas, a maioria a considera apenas como um equipamento que auxilia a locomoção.

De forma indireta, podemos associar um efeito positivo da prática esportiva na percepção da Aparência Física. O indivíduo que compreende a cadeira de rodas como uma extensão de seu corpo, reconhece sua posição de pessoa com deficiência e assume uma nova imagem de seu corpo, de forma mais positiva.

2.1.3 Autocontrole

No fator Autocontrole, que está inserido na dimensão do *self* pessoal, percebemos um escore abaixo da média. Esse fator, segundo Tamayo (1981), caracteriza-se por traduzir o domínio do indivíduo sobre seu comportamento, a qualidade da sua presença no mundo, a autodisciplina e o autocontrole pessoal. O escore baixo para este fator indica que a amostra é no geral distraída, anárquica, sem suficiente controle do seu comportamento e sem suficiente capacidade de perceber e integrar os estímulos emitidos pelos outros e pelos objetos.

2.2 Fatores com Maior Variabilidade

A seguir, trataremos dos fatores que tiveram maior dispersão das médias individuais, e em alguns casos faremos comparação entre os indivíduos.

2.2.1 Atitude Social

A Atitude Social, um dos fatores da dimensão do *self* social, avalia a atitude do sujeito com respeito aos outros e aos valores dos outros, é a autopercepção sobre sua maneira geral de interagir com os outros (TAMAYO, 1981). Neste fator foi analisado o menor escore entre os fatores, além de grande variabilidade nas médias individuais, contemplando um intervalo de [2,70; 4,80]. O escore negativo revela que a amostra tende a um modelo de interação interpessoal brusco, agressivo e exigente.

Os indivíduos B e K tiveram a menor média, enquanto que o indivíduo A teve a maior. Ao analisarmos os quatro indivíduos com os menores escores para este fator (indivíduos B, D, G e K), nota-se que todos são maiores de 30 anos de idade, sendo as maiores idades da amostra, e que são os únicos com tempo de lesão igual ou acima de 10 anos. Em contrapartida, os quatro indivíduos com maior escore (indivíduos A, H, I e L), são os mais jovens da amostra, com idade entre 20 e 23 anos, e que apresentam os menores tempos de lesão (até 5 anos).

Desse modo, temos que uma atitude social com efeito negativo pode estar relacionada com a maior idade e com o maior tempo de lesão.

2.2.2 Autoconfiança

A Autoconfiança, que está inserida no *self* pessoal, diz respeito à segurança pessoal, indica principalmente se o indivíduo é seguro ou inseguro. Esta dimensão compreende a firmeza, a estabilidade, a coragem e a persistência. Esse fator apresentou o maior escore entre os fatores, mas é também o fator que possui maior dispersão dos escores médios dos indivíduos, variando num intervalo de [3,00; 6,16].

Ao analisarmos a citação de Tamayo et al. (2001), onde afirmam que a autoconfiança é uma exigência básica para ação e para construir uma ponte com a sociedade,

notamos que o fato de uma pessoa com deficiência procurar e se envolver em uma prática esportiva demonstra uma ação guiada por uma autoconfiança positiva.

Moreira et al. (2007) mostram em seu estudo que os fatores relacionados ao transporte e às condições financeiras são os pontos decisivos e de maiores relevâncias na interrupção da prática de atividades físicas adaptadas. Eles colocam que a totalidade das 22 pessoas com deficiência motora entrevistadas na pesquisa apontaram que os fatores intrínsecos como: o medo de se machucar, o medo da exclusão, a vergonha de se expor, e o fato de não se sentirem bem com outras pessoas; não são motivos que os impedem de praticar a atividade esportiva adaptada. Os autores concluem afirmando que os fatores extrínsecos são os que mais influenciam os deficientes a não adesão e ao abandono da prática dessas atividades.

Na Autoconfiança, o indivíduo C possui o menor escore médio, e o indivíduo D o maior. Ambos são paraplégicos e praticam esporte adaptado há seis meses, a informação que se mostra relevante é a diferença em relação ao tempo de lesão que há entre eles. O indivíduo C tem dois anos de lesão, é o indivíduo com menor tempo de lesão da amostra; enquanto que o indivíduo D tem dez anos de lesão. Dessa forma, comparando esses dois indivíduos, temos que o tempo de lesão pode ter sido determinante para a avaliação de uma autoconfiança positiva ou negativa.

Santana (2003) afirma que a autoconfiança é adquirida por meio de vivências positivas e de sucesso. Assim, quanto maior o tempo de lesão, maior é a probabilidade de esse indivíduo ter se adaptado a nova situação, ter passado por experiências positivas e de sucesso, e por fim, ter reconstruído sua autoconfiança de forma positiva, assumindo e compreendendo que suas limitações são meramente físicas.

2.2.3 Receptividade Social

A Receptividade Social, que pertence à dimensão do *self* social, mede o grau de abertura aos outros; a capacidade, ao nível da estrutura da personalidade, para comunicar socialmente. Um escore baixo neste fator indica que o indivíduo se considera solitário, fechado aos outros, com baixa capacidade de relacionamento social; ele sente em si mesmo

uma resistência que freqüentemente pode ser oposta ao seu desejo profundo de superar a solidão (TAMAYO, 1981).

O escore neste fator ficou no ponto médio da escala, a amostra se apresentou neutra em relação aos adjetivos saturados deste fator: retraído/expansivo, introvertido/extrovertido, fechado/aberto, inibido/desinibido e popular/impopular. Dessa forma, a população foi indiferente neste aspecto, podendo ter utilizado inconscientemente os mecanismos de defesa.

A amostra concentrou-se em um ponto da escala, com exceção do indivíduo C. Esse indivíduo apresentou um escore de 3,15 neste fator, enquanto que a média foi de 4,13. É importante considerar que além de ser o indivíduo com menor tempo de lesão (dois anos), é também um dos quatro indivíduos que possuem menor tempo de prática esportiva. Ao comparar o indivíduo C com o indivíduo H (escore 4,00 para este fator), apesar de terem o mesmo tempo de lesão, possuem uma diferença significativa no tempo de prática esportiva, tendo o primeiro seis meses de prática, e o segundo dois anos.

Essa diferença entre os indivíduos pode ser relacionada com o estudo de Palla (1997), onde a autora investigou as atitudes de indivíduos com deficiência física e comparou com indivíduos sem deficiência. Ela concluiu que ambos os grupos tem atitudes favoráveis em relação ao esporte. Porém, entre os indivíduos com deficiência, os efeitos positivos dependiam do tempo de prática no esporte e do grau de escolaridade. Foi sugerido que o reconhecimento cognitivo destes benefícios, embora popularmente advogados, são ignorados por conta das preocupações decorrentes das seqüelas da deficiência física.

No geral, a Receptividade Social positiva neste caso foi possivelmente determinada pelo tempo de prática esportiva. Assim, segundo Moreira et al. (2007) observa-se que a prática esportiva causa uma melhora significativa da socialização da pessoa com deficiência e uma motivação necessária para que participem da comunidade com mais ímpeto para produzir, trabalhar e assumir papéis de liderança.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados e da discussão, podemos concluir que o autoconceito global dos lesados medulares que praticam Rúgbi e Handebol em Cadeira de Rodas nos Projetos de Extensão da FEF/UNICAMP, é negativo.

O escore do autoconceito global se concentrou em um ponto neutro da escala, indicando uma amostra indiferente sobre sua auto-avaliação, evitando assumir qualquer característica, seja ela positiva ou negativa. Supõe-se que os voluntários utilizaram de mecanismos de defesa inconscientes para regular seu autoconceito, com receio de julgamentos externos.

É importante ressaltar que a diferença do autoconceito global dentre os

indivíduos não foi significativa, indicando certa homogeneidade na amostra.

Em relação aos fatores, foi observado que a prática de esporte adaptado revelou o maior escore para Autoconfiança e para Aparência Física, estando estes acima da média global. Enquanto que os fatores Atitude Social e Autocontrole apresentaram-se abaixo da média global, com os menores escores. Porém, todos eles foram considerados negativos.

Santana (2003) aponta que para agir positivamente na formação do autoconceito das pessoas é importante avaliá-lo, ter conhecimento sobre os aspectos que o influenciam e o compõem, e finalmente saber intervir de maneira consciente e responsável.

Assim, concluímos que é muito importante que os profissionais e as pessoas envolvidas com essa população, bem como as pessoas com deficiência, se informem e compreendam os aspectos psicológicos relacionados ao autoconceito e o significado da prática esportiva para a pessoa com deficiência. O esporte não engloba apenas o corpo físico, mas sim, o ser, no sentido mais completo da palavra.

É fundamental que as pessoas com deficiência se conscientizem dos benefícios que a prática esportiva proporciona, seja no âmbito físico, social e psicológico. Desse modo, reconhecerão a relevância do esporte adaptado em suas vidas, e principalmente na manutenção e desenvolvimento das capacidades e habilidades adquiridas com a reabilitação fisioterápica.

Em relação aos profissionais, principalmente aos técnicos e preparadores físicos, devem conhecer seus atletas não apenas nos aspectos físico e tático, mas também devem saber como cada um deles age e pensa a respeito de si e dos outros, e como se constrói essa relação. Desse modo, podem planejar os treinos de forma mais completa e intervir corretamente quando necessário, evitando um possível desinteresse do atleta pela prática, com perdas muito além da queda no rendimento da equipe, as perdas maiores serão pessoal e social que esse atleta sofrerá.

Referências

ABRC. Associação Brasileira de Rúgbi em Cadeira de Rodas <<http://www.rugbiabrc.org.br/>>. Acesso em: 04 nov. 2009.

ABRHACAR. Associação Brasileira de Handebol em Cadeira de Rodas <<http://www.hcrbrasil.com.br/>>. Acesso em: 04 nov. 2009.

AFONSO, Liliana Anta. **O deficiente motor: actividade física, conceito de corpo e imagem corporal** - um estudo em praticantes e não praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. 2007. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Porto, 2007.

AMIRALIAM, M.L.T et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, vol.34 nº1 Fevereiro 2000 - USP Faculdade de Saúde Pública.

BAWDEN, Mark. Providing Sport Psychology Support for Athletes with Disabilities. In: DOSIL, Joaquin (Comp.). **The Sport Psychologist's Handbook: A Guide for Sport-Specific Performance**. Chichester, West Sussex (UK): Editorial John Wiley & Sons, 2005. p. 665-683.

BRAZUNA, Melissa Rodrigues; MAUERBERG-DECASTRO, Eliane. A Trajetória do Atleta Portador de Deficiência Física no Esporte Adaptado de Rendimento: Uma Revisão da Literatura. **Motriz**, Rio Claro, v. 7, n. 2, p.115-123, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/07n2/Brazuna.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

CALEGARI, D.R. GORLA, J.I. & CARMINATO, R.A. **Handebol sobre Rodas**. Anais do 9º CONBRACE - Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.hcrbrasil.com.br/1095/2472.html> . Acessado em 05/11/2009

CAMPOS, Mariana Tavares De; AVOGLIA, Hilda Rosa Capelão; CUSTÓDIO, Eda Marconi. A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório. **Psicólogo Informação**, São Paulo, v. 11, n. 11, p.27-55, 01 jan. 2007. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/PINFOR/article/viewFile/531/529>>. Acesso em: 12 set. 2009.

CARMO, Apolônio Abadio do. **Deficiência física: a sociedade brasileira cria, "recupera e discrimina**. Brasília: Brasiliense, 1991. 169 p.

CONDE, Antônio João Menescal; SOUZA SOBRINHO, Pedro Américo de; SENATORE, Vanilton. **Introdução ao movimento paraolímpico: manual de orientação para professores de educação física**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006.

CPB. **Comitê Paraolímpico Brasileiro** <<http://www.cpb.org.br/area->

[tecnica/modalidades/rugbi-em-cadeira-de-rodas](#)>. Acesso em: 04 nov. 2009.

DALLA DÉA, Vanessa Helena Santana. **Autoconceito e capacidades físicas de idosos depressivos e não depressivos participantes de um programa de atividade física de longa duração**. 2009. 263 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

DUARTE, Edison; GORLA, José Irineu. Pessoas com Deficiência. In: GORLA, José Irineu; CAMPANA, Mateus Betanho; OLIVEIRA, Luciana Zan De. **Teste e Avaliação em Esporte Adaptado**. São Paulo: Phorte, 2009. Cap. 1, p. 23-37.

FECHIO, Maíra Baldan et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. **Acta Fisiatr**, São Paulo, p.38-42, 05 jan. 2009. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/3210DDBEAA16948A702B6049B8D9A202/ACTA_1601_p38-42.pdf>. Acesso em: 12 set. 2009.

FONSECA, Fernando R.; TKAC, Claudio M.; GREBOGGY, Dênis L. **Ansiedade em atletas cadeirantes participantes da maratona de Curitiba**. EF Y Deportes, Buenos Aires, n.115 , p.1-1, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd115/ansiedade-em-atletas-cadeirantes-participantes-da-maratona-de-curitiba.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>. Acesso em: 28 set. 2009.

LABRONCI, Rita H.D.R; CUNHA, Marcia C.B; OLIVEIRA, Acary S.B.; GABBAI, Alberto A. **Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade**. *Arq. Neuropsiquiatria* 2000.

MANHÃES, Renata Borges. **A engenharia de reabilitação e as características psicossociais de pessoas com lesão medular submetidas a um programa de estimulação elétrica neuromuscular.** 2004. 248 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Bioengenharia, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/82/82131/tde-28102004-100130/>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

MAYEDA, Silvia. **Minha cadeira de rodas, meu corpo:** as diferenças percepções corporais dos usuários. 2005. 58 f. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MOREIRA, Wellington Costa et al. Fatores que influenciam a adesão de deficientes motores e deficientes visuais a pratica desportiva. **Ef Deportes**, Buenos Aires, n. , p.1-1, 01 jan. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd104/deficientes-motores-visuais.htm>>. Acesso em: 12 set. 2009.

OLIVEIRA, Rui Aragão. O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, Portugal, v. 6, n. 001, p.63-67, jan. 2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/287/28760109.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Org.). **Declaração dos direitos das pessoas deficientes.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf>. Acesso em: 01 set. 2009.

PALLA, A.C. **Atitudes em relação ao esporte:** estudo comparativo entre atletas portadores de deficiências físicas e atletas não portadores de deficiências. 46p. Monografia (Graduação) - Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 1997.

RIBAS, João Baptista Cintra. **O que são pessoas deficientes.** São Paulo: Brasiliense, 1985. 103 p.

SANTANA, Vanessa Helena. **Avaliação do autoconceito e a atividade física.** 2003. 116 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SANTANA, Vanielen Erica. Inclusão da pessoa com síndrome de down no ensino regular. In: DALLADÉA, Vanessa Helena Santana; DUARTE, Edison. **Síndrome de down: informações, caminhos e histórias de amor**. São Paulo: Phorte, 2009. p. 83-89.

SERRA, Adriano Vaz; GONÇALVES, Suzana; FIRMINO, Horácio. Auto-conceito e ansiedade social. **Psiquiatria Clínica**, Coimbra. p.103-108, 1986(a). Disponível em: <<http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/190/1/Auto-conceito%20e%20ansiedade%20social,%20%20pp%5B1%5D.%20103-108,%201986.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2009.

SERRA, Adriano Vaz; ANTUNES, Rui; FIRMINO, Horácio. Relação entre auto-conceito e expectativas. **Psiquiatria Clínica**, Coimbra. p.85-90, 1986(b). Disponível em: <<http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/190/1/Auto-conceito%20e%20ansiedade%20social,%20%20pp%5B1%5D.%20103-108,%201986.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2009.

SILVA, Luiz Carlos Avelino da; ALBERTINI, Paulo. A reinvenção da sexualidade masculina na paraplegia adquirida. **Revista do Departamento de Psicologia**: UFF, Niterói, v. 19, n. 1, p.1-1, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2009.

SILVA, Otto Marques da. **A epopéia ignorada**: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: Cedas, 1986. 470 p.

TAMAYO, Álvaro. et al. A influência da atividade física regular no autoconceito. **Estudos de Psicologia**, 6(2): 157-165, out, 2001.

TAMAYO, Álvaro. EFA: escala fatorial do autoconceito. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, 33(4): 87-102, out/dez, 1981.

TEIXEIRA, Ângela Maria. **Vida revirada: o acontecer humano diante da deficiência adquirida na fase adulta.** 2006. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontífica Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. **Métodos de pesquisa em atividade física.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

WINNICK, J. P. **Educação física e esportes adaptados.** Barueri, SP: Manole, 2004.

WORLD HEALTH. **Organization International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease.** Geneva; 1993.

ZUGLIANI, Ana Paula; MOTTI, Telma Flores Genaro; CASTANHO, Rosicler Moreno. O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual. **Revista Brasileira de Educação Especial.** 2007, vol.13, n.1, pp. 95-110. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382007000100007&script=sci_arttext&tlng=g>. Acesso em: 05 jun. 2009.



ANEXOS

Anexo A – Escala Fatorial do Autoconceito (EFA)

Como você se percebe na sua vida em geral? (um, outro ou não me sinto - 0)
Quanto? Pouco, médio ou muito.

Self-pessoal, analisando a segurança pessoa e a confiança em si mesmo:

INSEGURO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SEGURO(A)
ATIVO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	PASSIVO(A)
FRÁGIL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	FORTE
ESTÁVEL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	INSTÁVEL
FRUSTRADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	REALIZADO(A)
DOMINANTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DOMINADO(A)
COVARDE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	CORAJOSO(A)

AVENTUREIRO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	MEDROSO(A)
TENSO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESCONTRAÍDO(A)
TRANQUILO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	PREOCUPADO(A)
DESCONTROLADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	CONTROLADO(A)
SEGURO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	COMPLEXADO(A)

Autocontrole:

ANARQUICO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ORGANIZADO(A)
LIGADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESLIGADO(A)
DESORGANIZADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ORGANIZADO(A)
ATENTO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DISTRAÍDO(A)
DESORDENADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SISTEMÁTICO(A)
CUIDADOSO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESCUIDADO(A)
DISCIPLINADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	INDISCIPLINADO(A)
IRRESPONSÁVEL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	RESPONSÁVEL
PREGUIÇOSO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	TRABALHADOR(A)
PRUDENTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	IMPRUDENTE
ESQUECIDO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	LEMBRADO(A)
INTERESSADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESINTERESSADO(A)
DESAJEITADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	HABILIDOSO(A)

Self-social: a atitude do sujeito com respeito aos outros e aos valores de outros.

PACÍFICO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	BRIGUENTO(A)
PACIENTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	IMPACIENTE
BRAVO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	MANSO(A)
BRUSCO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DELICADO(A)
DÓCIL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	REBELDE
PACÍFICO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	VINGATIVO(A)
INTOLERANTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	TOLERANTE
EXTREMISTA	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	MODERADO(A)
TRANQUILO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	PREOCUPADO(A)
CONTROLADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESCONTROLADO(A)

Self-social: traços que facilitam ou dificultam o relacionamento social, receptividade social.

EXPANSIVO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	RRETRAÍDO(A)
FECHADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ABERTO(A)
DESINIBIDO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	INIBIDO(A)
IMPOPULAR	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	POPULAR
DESENTROSADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ENTROSADO(A)
SOCIAL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SOLITÁRIO(A)
DIVERTIDO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ENFADONHO(A)
INSOCIÁVEL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SOCIÁVEL
TRISTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ALEGRE
SIMPÁTICO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ANTIPÁTICO(A)
ATIVO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	PASSIVO(A)
SENSUAL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	FRIO(A)
TENSO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESCONTRAÍDO(A)
COMPLEXADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SEGURO(A)
ÁGIL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	LENTO(A)
DECIDIDO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	INDECISO(A)
DEFORME	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SEXY
INDESEJADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESEJADO(A)
FRUSTRADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	REALIZADO(A)

Self ético-moral do indivíduo: regras sociais.

LEAL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESLEAL
DESONESTO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	HONESTO(A)
TRAIADOR(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	FIEL
SINCERO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	MENTIROSO(A)
PRUDENTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	IMPRUDENTE
INJUSTO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	JUSTO(A)
AUTÊNTICO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	INAUTÊNTICO(A)
RESPONSÁVEL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	IRRESPONSÁVEL
MALDOSO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	BONDOSO(A)
INDISCIPLINADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DISCIPLINADO(A)
INSENSÍVEL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SENTIMENTAL
AMIGO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	HOSTIL
RESPEITADOR(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESRESPEITADOR(A)

INTERESSADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESINTERESSADO(A)
DESCORTÊS	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	CORTÊS
DETESTADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	AMADO(A)

Self somático: aspectos físicos, ou seja, aparência física:

ESBELTO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESGRACIOSO(A)
DESELEGANTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ELEGANTE
SEXY	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESFORME
DESARRUMADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ARRUMADO(A)
ALINHADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESCUIDADO(A)
LINDO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	FEIO(A)
ESCASSO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	EXUBERANTE
REPELENTE	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ATRAENTE
FRIO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	SENSUAL
AMADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DETESTADO(A)
SIMPÁTICO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	ANTIPÁTICO(A)
INDESEJADO(A)	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	DESEJADO(A)
DESAGRADÁVEL	MU	ME	PO	0	PO	ME	MU	AGRADÁVEL

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA:

Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado.

Justificativa: Este projeto justifica-se pela escassez de dados sobre o autoconceito de cadeirantes que praticam esporte adaptado, cuja deficiência foi adquirida durante sua vida. Além da necessidade de obter conhecimentos para um posterior trabalho com esta população. Outro aspecto importante em relação à pesquisa é, a partir dela, subsidiar estudos de aprofundamentos sobre o tema, melhoria na qualidade de vida dessa população e fomentar os profissionais do Esporte Adaptado, como preparadores físicos e técnicos, com informações para o desenvolvimento de seus planejamentos.

Objetivo geral: Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o autoconceito de cadeirantes que praticam esporte adaptado.

Procedimentos da Pesquisa: Após seu consentimento, você responderá a um questionário referente a seu autoconceito, além de responder questões adicionais referentes ao sexo, idade, tempo em que pratica esporte adaptado, quantidade de horas semanais no qual se dedica ao mesmo, e se sua deficiência é adquirida ou não.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa: Ao participar desta pesquisa, você não corre nenhum risco quanto à integridade física, difamação, calúnia ou qualquer dano moral. Sua identidade será preservada em absoluto sigilo.

Benefícios da Pesquisa: A pesquisa trás benefícios ao participante uma vez que, analisados os dados e definido o nível do autoconceito, torna-se possível realizar atividades que foquem no desenvolvimento dos fatores do autoconceito que mais necessitam ser ajustados, trazendo maior estabilidade ao indivíduo no seu dia-a-dia, e principalmente durante suas práticas esportivas. Além de contribuir para o desenvolvimento da ciência em relação ao autoconceito de cadeirantes que praticam esporte adaptado e em relação à área do Esporte Adaptado, fomentando técnicos e preparadores físicos.

Esclarecimentos e Direitos: Caso o você não queria participar do projeto ou sinta desconforto no decorrer do questionário, é direito seu não participar e até mesmo desistir da pesquisa, você não será penalizado(a) de forma alguma por isso. Você pode retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa entrando em contato com a pesquisadora. A qualquer momento a pesquisadora estará disponível para esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados ou qualquer outra dúvida que surgir.

Confiabilidade e a em validação dos registros: a sua identidade será mantida em total sigilo, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a coleta de dados. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas e gráficos, além de palestras, cursos, conferências, periódicos científicos ou outra forma de divulgação, que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para a sociedade científica e profissional da área, de acordo com as leis/normas regulatórias de proteção nacional ou internacional.

Consentimento Pós-informação:

Eu, _____, RG _____, órgão expeditor _____, declaro que **li o texto acima** e fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida. Voluntariamente expressei meu consentimento como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é: _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

Nome do Voluntário

Assinatura do Voluntário

_____/_____/_____
Data

_____/_____/_____

Assinatura da Pesquisadora
Mirella Bagdadi Sernaglia

Data

Assinatura do Pesquisador Responsável
Prof. Dr. Edison Duarte

____/____/____
Data

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas – SP
Fone: (19) 3521-8936
Fax: (19) 3521-8925
cep@fcm.unicamp.br

Apêndice B – Questões Adicionais

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO: () Feminino
() Masculino

1. Com quantos anos você ficou deficiente?

2. Há quanto tempo pratica esporte adaptado?

3. Em que frequência semanal (horas/semana) você pratica esporte adaptado?
