LÍLIAN APARECIDA DE MACEDO PARREIRAS

ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Belo Horizonte
2008

Lílian Aparecida de Macedo Parreiras

ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração:Treinamento esportivo
Orientador: Prof. Dr. Dietmar M. Samulski
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional - UFMG
2008

P259a Parreiras, Lílian Aparecida de Macedo
2008 Análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida de atletas paraolímpicos em ambientes de treino e competição. [manuscrito] / Lílian Aparecida de Macedo Parreiras – 2008.
96 f., enc.: il.

Orientador: Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 74 -82

1. Esportes para deficientes. 2. Atletas. 3. Qualidade de vida. I. Samulski, Dietmar Martin. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 796-056.26

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Educação Física

DISSERTAÇÃO INTITULADA *ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS* EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO DE AUTORIA DA MESTRANDA LÍLIAN APARECIDA DE MACÊDO PARREIRAS, APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA CONSTITUÍDA PELOS SEGUINTES PROFESSORES:

_____

Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski - EEFFTO/UFMG - Orientador

_____

Prof. Dr. Luiz Carlos C. A. Moraes - Departamento de Esportes - EEFFTO/UFMG

_____

Prof. Dr. Marco Túlio de Mello - Departamento de Psicobiologia - UNIFESP

_____

Prof. Dr. Prof. Dr. Herbert Ugrinowitsch
Coordenador do Programa de Pós Graduação – Mestrado em Ciências do Esporte

BELO HORIZONTE, 29 DE SETEMBRO DE 2008

Dedico ao meu marido Rogério, luz da minha vida, sem o qual não conseguiria trilhar esse caminho de vitórias e sucesso. Sua paciência e apoio foram indispensáveis para a conclusão desse trabalho. Dedico também às minhas filhas Isabela e Larissa, minhas maiores fontes de inspiração, que, nos momentos de maior dedicação a esse estudo, foram pacientes e, com seus sorrisos, estimularam-me a seguir em frente. Dedico também aos meus sogros Celita e Antônio, que compensaram a minha ausência com um amor incondicional às minhas filhas e que, nos momentos mais difíceis, apoiaram-me e abasteceram de energia meu coração.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças nesse ano tão difícil e me concedido graças sem as quais eu não conseguiria estar aqui realizando esse trabalho.

Ao meu orientador Professor Dr. Dietmar Samulski pela oportunidade de fazer parte da família LAPES e por possibilitar que o meu sonho se tornasse realidade. Com ele aprendi não só sobre Psicologia do Esporte, mas sobre a própria vida. Aprendi a acreditar mais em mim e a ousar ir mais adiante, conquistando novos horizontes e me tornando uma pessoa mais feliz.

Ao meu marido, pela paciência, compreensão e apoio, sem os quais não seria possível a realização desse trabalho.

Ao Magnífico Reitor da Universidade de Itaúna, Dr. Faiçal David Freire Chequer, pelo apoio e compreensão durante todo o período do mestrado.

À Dalva, a quem serei eternamente grata por me receber no LAPES e me ajudar a conhecer mais de perto esse mundo do esporte paraolímpico do qual me orgulho em fazer parte.

À Luciana, que além de colega de mestrado, tornou-se uma amiga sem igual. Obrigada pelo apoio, pela ajuda e por todas as palavras de incentivo que recebi nos momentos em que mais precisei. Sem a sua ajuda essa trajetória seria mais árdua e você fez com que ela se tornasse leve e cheia de momentos agradáveis. Obrigada sobretudo pela sua amizade.

Ao Mário Simim que contribuiu de maneira significativa com meu trabalho. A ele sou eternamente grata e me considero uma pessoa feliz por ter conseguido a sua amizade.

Aos amigos do grupo de estudo Hugo, Kenya e Vitor, pela força companheirismo e principalmente pelos ensinamentos. Sem vocês com certeza hoje eu não estaria aqui. Obrigada por tudo!

Ao Luiz Henrique, companheiro fiel e dedicado dessa jornada. Mais que um amigo se tornou um irmão. Guardo você para sempre no meu coração.

Aos colegas do LAPES: Rauno, Maurício, Samira, Varley, Felipe e Liliane que com suas opiniões enriqueceram muito meu trabalho.

À Renata pela compreensão, amizade, companheirismo e palavras de apoio.

À Alessandra, Layla, e Nádia, amigas e companheiras de mestrado. Vocês foram uma bênção durante esse período. Obrigada pela amizade de vocês.

Ao Professor Dr. Luiz Carlos por confiar no meu trabalho e ter sempre uma palavra amiga de incentivo e carinho. Mais do que um professor você se tornou um amigo importante nessa minha jornada.

Ao professor Herbert pelo seu apoio e ensinamentos

À Jô, secretária do CENESP por todo seu carinho e contribuição durante esse período

À Karen, secretária da pós-graduação, que com sua boa vontade e competência me ajudou em momentos difíceis dessa caminhada.

À Letícia Lucas, um anjo que conheci durante esse período e que me abriu muitas portas para a realização dessa pesquisa.

À Carol do TRADEF/SP, que contribuiu significativamente com essa pesquisa e não mediu esforços para ajudar no desenvolvimento desse trabalho

À Ana Cardoso pelos contatos e contribuição para o bom desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao Wander Lamego pela amizade, apoio e colaboração que contribuíram de maneira especial para esse trabalho.

À minha mãe pela força, apoio e exemplo.

De modo especial, a todos os atletas que contribuíram com o maior empenho, boa vontade e paciência para que esse trabalho fosse realizado.

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve.
A vida é muita para ser insignificante”.

Charles Chaplin

RESUMO

A busca pela qualidade de vida tem se tornado cada vez mais intensa na sociedade atual. No âmbito esportivo não é diferente. Os atletas vêm buscando formas de melhorar a qualidade de vida e conseqüentemente obter um melhor desempenho esportivo. No que diz respeito a atletas paraolímpicos, ou seja, atletas com deficiência que se encontram inseridos no contexto do esporte de alto nível, têm havido manifestações cada vez mais significativas e direcionadas para a obtenção do bem-estar e auto-estima dos mesmos. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi identificar e analisar a percepção da qualidade de vida geral de atletas paraolímpicos, bem como os fatores que influenciam a mesma, em ambientes de treinamento e competição. Participaram desse estudo, 144 atletas (41 feminino, 103 masculino), de 13 diferentes modalidades esportivas (38 coletivas e 106 individuais), com média de idade de 31,3 anos (± 9,16 anos). Os instrumentos utilizados foram um questionário demográfico usado para investigar aspectos como idade, experiência, modalidade esportiva, dinâmica de treinamento, motivação para a prática esportiva, tipo de deficiência e nível dos campeonatos os quais participou. Usou-se o questionário de qualidade de vida geral da Organização Mundial de saúde, WHOQOL-Bref, que verifica como está o nível de satisfação do atleta em relação a sua vida e seu ambiente diário e também o Questionário de Qualidade de Vida para Atletas (QQVA). Obteve-se consistência interna superior a 0,70 para ambos os instrumentos. Quanto à percepção de qualidade de vida geral, obtida através do WHOQOL-Bref, os resultados mostraram que, de modo geral, a maioria dos atletas encontra-se *satisfeita* com a sua qualidade de vida enquanto que apenas 2,1% da amostra classifica a mesma como *ruim*. Não houve diferenças significativas nas comparações entre gêneros e nas comparações entre deficiência congênita e adquirida. Já na análise do QQVA, destacam-se, na dimensão biológica, fatores como “intervalos adequados de descanso e recuperação nos treinamentos e competições”, “qualidade dos serviços médico e fisioterápico” e “qualidade da alimentação”. Na dimensão psicológica, os fatores citados como de maior influencia foram “ter o desempenho reconhecido por outras pessoas”, “nível de autoconfiança” e “nível de concentração”. Quanto à dimensão social destacaram-se fatores como o “prazer nos treinamentos e competições”, ”o relacionamento com o treinador, equipe técnica e dirigentes”, bem como “a comunicação e o entrosamento entre os membros da equipe técnica”. Na comparação entre os gêneros, não se observou diferença significativa na percepção entre os mesmos. Entretanto, verificou-se que na comparação dos resultados do QQVA, o grupo de atletas masculinos apresentou maiores escores para o domínio social enquanto que o grupo de atletas do gênero feminino apresentou maiores escores no domínio psicológico. Também não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre deficiência congênita e adquirida. Conclui-se, com base na Teoria da Ação, que as situações mais percebidas pelas mulheres como favoráveis à qualidade de vida foram as relacionadas aos aspectos subjetivos, enquanto as mais percebidas pelos homens foram as relacionadas ao meio ambiente.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, atletas paraolímpicos e esporte de alto nível.

ABSTRACT

The pursuit of quality of life has become more active in modern society. The same is true of the world of sport. Athletes have been trying to improve the quality of life and therefore enhance their sporting perfomance. As for paralympic athletes, that is, physically impaired athletes who belong in the milieu of high-level sport, impressive displays have been made with the aim of promoting their well-being and building their self-esteem. In this sense, the aim of this study was to identify and analyse paralympic athletes' perception of general quality of life, as well as the factors affecting this perception in training and competition environments. A total of 144 athletes (41 female and 103 male) in 13 different sports (38 team sports and 106 individual sports), aged 31.3 (± 9,16 yars), participated in the study. The methodology used involved three questionnaires: a demographic questionnaire (to collect information regarding age, experience, type of sport , dynamics of training, motivation for practicing, kind of disability and the level of the championships in which the athlete took part) , the World Health Organization questionnaire on general quality of life (WHOQOL-Bref, which assesses the athlete's life and daily environment satisfaction level) and the Questionnaire of Quality of Life for Athletes (QQVA). Internal consistency above 0,70 was obtained for both instruments, WHOQOL- Bref and QQVA. Regarding the perception of general quality of life assessed through WHOQOL-Bref, the results showed that, in general, most of the athletes are *satisfied* with their quality of life, whilst only 2.1% of the sample rate it as *poor*. There were no significant differences in the comparison between genders or between congenital and acquired disability. On the other hand, in the analysis of QQVA, in the biological dimension, some factors that came to the fore included "decent intervals for rest and recovery in trainings and competitions", "quality of medical and physiotherapeutic services" and "quality of diet". In the psychological dimension, the factors mentioned as the most relevant were "winning public recognition for the performance", "self-confidence level" and "concentration level". In the social dimension, important factors were "pleasure in trainings and competitions", "the relationship with the coach and with members of the technical and managerial staff", as well as "effective communication and integration with technical staff members". When genders were compared, no significant differences were observed, and some homogeneity of both genders' perception was noticed. However, on comparison of QQVA results, the male athlete group had higher scores in the social domain, while the female athlete group had higher scores in the psychological domain. No substantial differences were observed when congenital disability and acquired disability were compared. The study's main conclusion is that, on the grounds of the Theory of Action, the situations perceived by women as favourable to the quality of life were those concerning subjective aspects, whilst men's perception concerned environment-related situations.

KEY WORDS: Quality of life, paralympic athletes and high-level sport.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes da ação humana.....20

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos indivíduos segundo idade e gênero.....51
Gráfico 2 – Grau de escolaridade dos atletas.....52
Gráfico 3 – Renda familiar.....53
Gráfico 4 – Estado civil.....53
Gráfico 5 – Idade em que os atletas adquiriram a deficiência.....55
Gráfico 6 – Competições que já participaram.....56
Gráfico 7 – Motivação para a prática esportiva.....56
Gráfico 8 – Fatores que mais influenciam a QV na dimensão Psicológica.....68
Gráfico 9 – Fatores que mais influenciam a QV na dimensão Biológica.....69
Gráfico 10 – Fatores que mais influenciam a QV na dimensão Social.....70

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Escala de respostas do WHOQOL- Bref.....46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modalidades esportivas.....50
Tabela 2 – Tipo de deficiência dos atletas que compõe a amostra.....54
Tabela 3 – Idade e envolvimento com a modalidade.....55
Tabela 4 – Consistência interna do WHOQOL-bref.....58
Tabela 5 – Freqüência de respostas da questão 1 do WHOQOL-bref.....59
Tabela 6 – Freqüência de respostas da questão 2 do WHOQOL-bref.....59
Tabela 7 – Análise das respostas do WHOQOL-bref por domínio.....60
Tabela 8 – Comparações das respostas da questão 1 entre gêneros.....61
Tabela 9 – Comparação das respostas da questão 2 entre gêneros.....62
Tabela 10 – Análise descritiva entre gêneros por domínios- WHOQOL.....62
Tabela 11 – Comparação das respostas da questão 1 entre deficiências.....63
Tabela 12 – Comparação das respostas da questão 2 entre deficiências.....64
Tabela 13 – Comparação das respostas entre deficiências por domínios.....64
Tabela 14 – Consistência interna do QQVA.....66
Tabela 15– Respostas do QQVA por dimensões.....67
Tabela 16 – Comparação das respostas do QQVA por gêneros.....70
Tabela 17 – Comparação das respostas do QQVA por deficiências.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANDE - Associação Nacional de Desporto para Deficiente

BES - Bem estar subjetivo

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

CPB - Comitê Paraolímpico Brasileiro.

CPRJ - Clube dos Paraplégicos do Rio de Janeiro

DF- Deficiência

EEFFTO - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

IPC - Comitê Paraolímpico Internacional.

LAPES - Laboratório de Psicologia do Esporte

PCD - Pessoa (s) Com Deficiência.

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas.

QV - Qualidade de vida

QQVA – Questionário de Qualidade de Vida para Atletas

SADEF - Sociedade Amigos dos Deficientes Físicos

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 Justificativa 17

1.2 Objetivo geral: 18

1.2.1 Objetivos específicos: 18

1.3 Hipóteses 19

1.4 Delimitação do estudo 19

2 REVISÃO DE LITERATURA 20

2.1 Teoria da Ação 20

2.2 Qualidade de Vida 22

2.2.1 A subjetividade sobre a qualidade de vida 22

2.2.2 Pesquisas sobre qualidade de vida 23

2.2.3 Atividade física e saúde como promotores de qualidade de vida 24

2.2.4 Felicidade como satisfação de vida 25

2.2.5 A influência do estresse na qualidade de vida 27

2.2.5.1 Conceito de estresse 27

2.2.5.2 O estresse no contexto esportivo 28

2.2.5.3 Tipos de estresse 29

2.3 Esporte 31

2.3.1 Definição de esporte 31

2.3.2. O esporte adaptado 32

2.3.3 Esporte paraolímpico 33

2.3.4 Surgimento do esporte paraolímpico 33

2.3.5 Esporte paraolímpico no Brasil 34

2.3.6 Modalidades esportivas do esporte paraolímpico 35

2.3.7 Classificação funcional dos atletas paraolímpicos 36

2.4 A Importância do Autoconceito para Atletas Paraolímpicos 37

2.4.1 Autoconceito e auto-estima na obtenção da qualidade de vida 38

2.4.2 Diferenciação entre auto-estima e autoconceito 39

2.4.3 Imagem corporal 39

2.4.4 A contribuição do esporte na formação da auto-estima e do autoconceito 40

2.5 A Psicologia do Esporte e do Exercício no Contexto Paraolímpico.....41
2.5.1 Diferenciação entre psicologia do esporte e psicologia do exercício 42

3 MÉTODOS 44

3.1 Tipo de pesquisa 44

3.2 Amostra 44

3.3 Instrumentos.....44
3.3.1 Questionário de Dados Demográficos (ANEXO F).....44
3.3.2 Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-bref (ANEXO G) 45
3.3.3 Questionário de Qualidade de Vida para Atletas - QQVA (ANEXO H).....46

3.4 Procedimentos 47
3.4.1 Cuidados éticos.....47
3.4.2 Coleta de dados 47
3.4.3 Análise estatística 48

4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 50

4.1 – Perfil da amostra 50

4.2 – Análise do Questionário WHOQOL-bref.....57
4.2.1 – Consistência interna do instrumento 58
4.2.2 Análise descritiva 59
4.2.3 Comparação entre gêneros.....60
4.2.4 Comparação por tipo de deficiência 62

4.3 Análise do Questionário de Qualidade de Vida para Atletas (QQVA) 65
4.3.1 Consistência interna do instrumento 65
4.3.2 Análise descritiva 66
4.3.3 Análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida dos atletas nos ambientes de treino e competição.....67
4.3.4 Comparação entre gêneros.....70
4.3.5 Comparação por tipo de deficiência 71

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....72

REFERÊNCIAS.....74

ANEXOS 83

1 INTRODUÇÃO

A Qualidade de Vida (QV) tem sido um tema bastante discutido atualmente, não só pelos profissionais que se dedicam à saúde, mas por toda a sociedade brasileira que tem se mostrado preocupada em alcançar situações adequadas que a possibilitem viver com mais qualidade. Está cada vez mais evidente a importância de se ter uma boa QV em meio às atividades diárias e ao dia-a-dia corrido das grandes cidades. A necessidade de se ter hábitos saudáveis tem sido divulgada na sociedade como uma das estratégias mais adequadas de se combater os transtornos causados à saúde pela forma de vida atual (SAMULSKI, 2002). Percebe-se que há atualmente uma preocupação maior das pessoas em planejar suas vidas de modo a obterem um maior bem estar e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, vários estudos como o de Antunes *et al.* (2005), Amparo (2007), Silva (2007), Costa e Bigras (2007) analisam a percepção da qualidade de vida, não só do ponto de vista de pessoas sedentárias, mas também de indivíduos da terceira idade, atletas de alto rendimento e de crianças e adolescentes.

Outro tema que também vem ocupando espaço na mídia é o desempenho dos atletas paraolímpicos, ou seja, Pessoas com Deficiência (PCD) que inicialmente buscaram no esporte uma possibilidade de recuperação e integração social. Recentemente, essa parcela da população passou a dar uma outra conotação ao esporte adaptado, isto é, a busca do profissionalismo e do alto rendimento esportivo. Esse fato tem permitido a estes atletas com deficiência, alcançarem níveis expressivos de resultados tanto na sociedade nacional, quanto internacional (SAMULSKI, 2004).

1.1 Justificativa

Visto que atletas paraolímpicos possuem uma barreira a mais em sua rotina diária que é lidar com a deficiência, e levando-se em consideração que esses se encontram inseridos no contexto do esporte de alto nível, investigar a percepção desses atletas acerca do tema em questão é de fundamental importância. A detecção de fatores que influenciam a qualidade de vida dos mesmos nos ambientes

de treinamento e competição possibilitará medidas preventivas a serem tomadas, promovendo uma melhora significativa na percepção da qualidade de vida desses atletas e, conseqüentemente, um maior desempenho esportivo.

Levando-se em consideração o fato de que muitas pessoas, com deficiência, ainda são vistas erroneamente como incapazes, esse trabalho oportunizará um maior conhecimento desses indivíduos, por parte da sociedade, permitindo-lhes serem vistos sob um novo prisma, ou seja, pessoas que utilizaram a deficiência, não como uma barreira, mas como um estímulo de superação, tornando-se capazes de viver produtivamente e se destacando de forma positiva no contexto social.

Uma vez que são escassos os estudos que se dispõem a investigar a qualidade de vida relacionada a atletas paraolímpicos, essa pesquisa se torna relevante também no sentido de fornecer esclarecimentos acerca das relações existentes entre a qualidade de vida e a prática esportiva desses atletas, bem como contribuir para o desenvolvimento de uma teoria específica para o contexto do esporte adaptado.

1.2 Objetivo geral:

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar a percepção da qualidade de vida de atletas paraolímpicos, bem como os fatores que influenciam a mesma, em ambientes de treinamento e de competição.

1.2.1 Objetivos específicos:

- comparar a percepção da qualidade de vida entre atletas paraolímpicos de ambos os gêneros;
- comparar a percepção da qualidade de vida entre atletas com deficiência congênita e deficiência adquirida.

1.3 Hipóteses

H1: Existem diferenças significativas entre a percepção da qualidade de vida de atletas do gênero masculino e do gênero feminino.

H0: Não existem diferenças significativas entre a percepção da qualidade de vida de atletas do gênero masculino e feminino.

H2: Existem diferenças significativas na percepção geral da qualidade de vida entre atletas com deficiências congênitas e atletas com deficiências adquiridas.

H0: Não existem diferenças significativas na percepção geral da qualidade de vida entre atletas com deficiências congênitas e atletas com deficiências adquiridas.

1.4 Delimitação do estudo

Este estudo está restrito a atletas com deficiências, sejam elas congênitas ou adquiridas, em ambos os gêneros e idades entre 15 e 52 anos. Foram investigados atletas de diversas modalidades esportivas como atletismo, basquetebol, bocha, ciclismo, futebol de amputados, futebol de 7, halterofilismo, judô, natação, tênis de mesa, tênis em cadeira de rodas, tiro esportivo e voleibol que se encontram inseridos no contexto do esporte de alto nível e tenham participado de pelo menos um campeonato internacional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Teoria da Ação

Este estudo se fundamenta pela Teoria da Ação (NITSCH, 1986 *apud* SAMULSKI 2002), que prediz que a ação humana é determinada pelas condições subjetivas e objetivas da ação.

Determinantes da ação humana

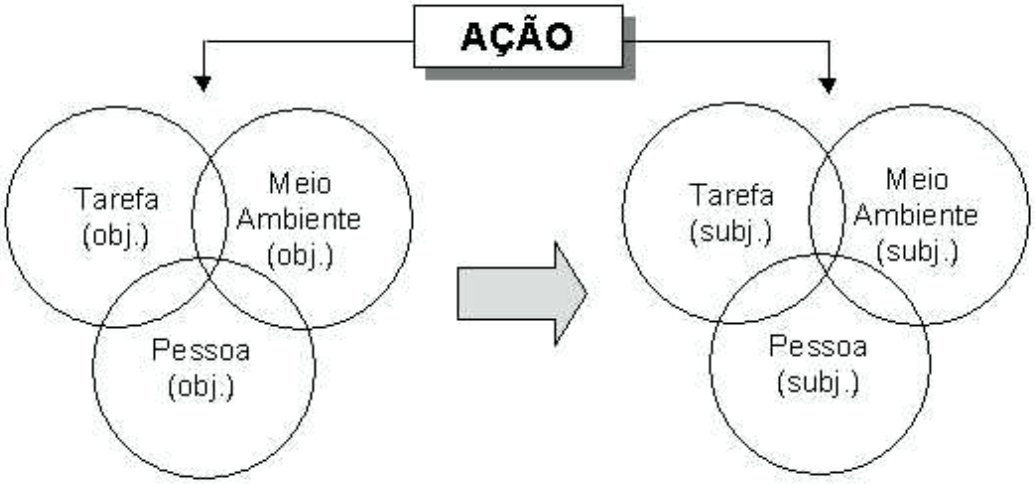


FIGURA 1- Determinantes subjetivos e objetivos da ação
Fonte: Samulski, (2002, P.22.)

O processo da ação nos esportes é definido como uma inter-relação de fatores pessoais, ambientais e os componentes da tarefa. Nesse contexto, agir significa a busca de otimização e estabilização das inter-relações entre fatores pessoais e situacionais (SAMULSKI, 2002). Dessa forma, a Teoria de Ação oferece subsídios para que se possa entender a qualidade de vida, como sendo uma percepção subjetiva do indivíduo em relação ao ambiente em que ele se encontra (local de treinamento ou competição), à tarefa que ele irá desenvolver (sua atuação no contexto esportivo) e à percepção que os mesmos possuem acerca de si mesmo (sua capacidade para desempenhar sua tarefa).

Para Nitsch (1986 *apud* SAMULSKI 2002), a ação humana tem três funções básicas: a experimentação e reconstrução da realidade da pessoa podendo estabilizar e modificar seus conceitos internos; a criação e transformação da realidade, solucionando tarefas e, por fim, a função de apresentação do indivíduo, pois é através da ação que se percebe seus pensamentos, sentimentos, emoções e atitudes. A regulação psíquica, postulada pela Teoria de Ação, considera as relações psicossomática, intrapsíquica, temporal e psicossocial. Essa proposta preza uma integração de processos fisiológicos relacionados às funções psíquicas, ao meio social, às experiências passadas e à antecipação de metas futuras de forma eficiente. Assim, a harmonia entre esses sistemas permite uma melhor adaptação da pessoa a situações novas, variáveis, complexas e até mesmo de maior auto-confiança no planejamento de ações futuras. Essas condições – subjetivas e objetivas – terão influência direta no rendimento dos atletas quando consideramos sua qualidade de vida, quer no ambiente de treinamento, quer no ambiente de competição.

Gianetti (2002) afirma que a dimensão objetiva seria aquela fácil de ser identificada, observada e até mesmo medida por fora e que é refletida nas condições de vida que podem ser numericamente registradas como a nutrição, saúde, moradia, criminalidade, entre outros fatores. A dimensão subjetiva, seria baseada diretamente na experiência interna de cada indivíduo, ou seja, tudo o que passa em sua mente de maneira espontânea, o que ele sente e percebe acerca da vida que tem. Pode-se dizer então que a Teoria da Ação se mostra eficaz e significativa para este estudo, ajudando, portanto, no entendimento das relações entre o indivíduo-ambiente-tarefa e as relações de qualidade de vida propostas como objeto de investigação nesta presente proposta. Essa teoria, aliada aos instrumentos da pesquisa possibilitam uma avaliação diferenciada de fatores que podem ser percebidos, tanto como favorecedores quanto como prejudiciais à qualidade de vida dos atletas, dependendo da percepção de cada indivíduo. Tais fatores se interagem alterando a percepção dos mesmos, durante a realização de uma determinada ação, necessitando estes serem regulados através de processos psíquicos (HACKFORT; HENSCHEN, 2005 *apud* SILVA 2007) presentes durante os treinamentos e nas competições esportivas. Estes agentes reguladores da ação refletem a percepção quando participando, executando e agindo em determinado ambiente, traduzindo, portanto, a qualidade de vida dos atletas.

2.2 Qualidade de Vida

Vários estudos, como o de Berger e Mclnman (1993), Csikszentmihalyi (1994) e Pereira e Engelmann (1994), têm sido elaborados no sentido de dar significado ao termo em questão. Segundo Schor e Diniz (2006), esses significados estariam relacionados com a perspectiva econômica, demográfica, antropológica e mais recentemente, ambiental e de saúde pública. Pode-se dizer, então, que o conceito de QV não envolve apenas saúde e bem-estar, mas leva em consideração também uma série de fatores como o poder aquisitivo das pessoas, o lugar em que vivem, a percepção delas sobre sua participação no contexto no qual se encontram inseridas e a capacidade funcional dos seus sistemas orgânicos. Gonçalves e Vilarta (2004) endossam essa afirmativa quando dizem que o conceito de qualidade de vida estaria relacionado a diversos sentidos e que diz respeito principalmente a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu cotidiano. Envolvendo, portanto, temas como saúde, educação, transporte, moradia trabalho e participação em grandes decisões que podem, de uma certa forma, afetar a sua interação com o mundo.

Costa *et al.* (2003) definem qualidade de vida como a percepção em relação à vida dentro de um contexto cultural e de valores que estão intimamente ligados à cultura, objetivos, expectativas, padrões e preocupações diárias. Essa definição pode ser confirmada a partir do conceito proposto por Minayo, Hartz e Buss (2000), quando afirmam que a qualidade de vida deve incluir o padrão de conforto e bem-estar determinados pela cultura da sociedade em que a pessoa está inserida. Sob esse prisma, pode-se dizer que a percepção da qualidade de vida será influenciada pelos valores pessoais de cada indivíduo e irá variar segundo seus desejos e expectativas e a cultura na qual ela está inserida. Para esses autores, a concepção de qualidade de vida inclui, o amor, liberdade, solidariedade, interação social, realização pessoal e felicidade, levando-se em conta a percepção subjetiva de cada indivíduo sobre esses aspectos.

2.2.1 A subjetividade sobre a qualidade de vida

A definição subjetiva de qualidade de vida é compartilhada por Diener (2000) e engloba vários fatores que levam a pessoa a acreditar que ela tem uma

vida satisfatória. Entende-se por esse conceito que cada pessoa é responsável por determinar o que é primordial para sua vida. É o que se chama de bem-estar subjetivo, que tem em seu conjunto a satisfação pela vida, pelo ambiente em que se encontra e pelas atividades que realiza.

Em uma outra abordagem, Shephard (2002) complementa esse conceito de qualidade de vida total quando afirma ser essa influenciada pela percepção pessoal de uma série de fatores, como funções físicas (capacidade de locomoção e auto-cuidado), funções intelectuais e emocionais preservadas, oportunidades de contatos sociais, proximidade da família, (enquanto suporte social) e sentimentos de conforto, bem-estar e ausência de doenças. A qualidade de vida para Pascoal e Donato (2005), no seu sentido geral, refere-se ao indivíduo não somente saudável, mas diz respeito também à satisfação com a vida "nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com as outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira". Berger, Pargman e Weinberg (2007) conceituam a qualidade de vida como sendo uma avaliação da pessoa sobre sua própria vida como um todo, refere-se a uma sensação geral de bem-estar e acompanha sentimentos positivos e negativos. Assim, pode-se dizer que a qualidade de vida está diretamente ligada ao grau de satisfação que o indivíduo possui diante da vida em seus vários aspectos e a maneira como ele percebe o ambiente no qual está inserido.

De uma certa forma, todos os conceitos expostos acima vão se remeter ao conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual servirá de referência para este estudo e que define o termo qualidade de vida como sendo a percepção que o indivíduo tem de sua posição no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1994).

2.2.2 Pesquisas sobre qualidade de vida

No Laboratório de Psicologia do Esporte – LAPES da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, existe uma linha de pesquisa sobre Qualidade de Vida, onde pesquisas estão sendo desenvolvidas com o objetivo de se verificar a contribuição

do esporte para a qualidade de vida, não só de atletas de alto nível (SILVA, 2007), mas também de indivíduos da terceira idade (AMPARO, 2007). Há também uma outra linha de pesquisa direcionada ao esporte adaptado, (ANJOS, 2005), com estudos já desenvolvidos acerca dos fatores que podem gerar estresse em atletas com deficiência. Essas pesquisas têm demonstrado os efeitos benéficos da prática de atividades físicas e esportivas sobre os aspectos físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos (COSTA; CUNHA; SAMULSKI, 2006; MELLO *et al*., 2005; CHEIK *et al*., 2003). Dessa forma, fica cada vez mais evidente a importância da atividade física e do esporte para o desenvolvimento físico e mental dos indivíduos contribuindo assim para a obtenção e manutenção da saúde, bem como proporcionando uma melhora significativa na qualidade de vida dos mesmos.

.

2.2.3 Atividade física e saúde como promotores de qualidade de vida

A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético maior do que o dos níveis de repouso (CASPERSEN, 1985). Pode-se dizer, então, que a atividade física não se constitui apenas da prática esportiva, mas de qualquer forma de movimento, inclusive os que são feitos diariamente nas atividades domésticas ou durante um dia de trabalho no qual o indivíduo se movimente.

Segundo Matsudo *et al.* (2002), a atividade física tem sido mencionada e considerada como instrumento de recuperação, manutenção e promoção da saúde da população de forma geral. Cheik *et al.* (2003) valida essa afirmativa quando diz que a atividade física contribui para induzir o indivíduo a ter uma maior socialização, resultando em um bom nível de bem-estar no âmbito mental, físico e social. Esses fatores contribuem diretamente para a melhoria de sua qualidade de vida.

Diante do exposto, fica claro que a atividade física se encontra diretamente relacionada à saúde e à qualidade de vida. Quanto à saúde, até pouco tempo atrás, era vista apenas como a ausência de doenças, conforme definição inicial da OMS, mas com o passar do tempo, esse conceito foi evoluindo e a saúde passou a ser vista sob uma nova dimensão, ou seja, considerando vários fatores além do aspecto orgânico apenas. Segundo a OMS, Saúde é uma sensação de total bem-estar físico, mental e social que deve ser vista de forma global e não apenas como a ausência de doença e ou incapacidade (1998). Já Seligman e

Csikszentmihalyi (2000) confirmam o conceito da OMS, quando afirmam que o conceito de saúde não pode se expressar pela ausência de sintomas orgânicos mas também por indicadores sociais e a regulação psicológica, o que define um processo de vida saudável. Partindo do conceito acima citado, pode-se dizer que a saúde abrange não só os aspectos físicos como também os emocionais, deixando claro a importância de se conceituar a saúde levando-se em conta não só a saúde global, mas a saúde mental do indivíduo também.

Roeder (2003) conceitua saúde mental como sendo o bem-estar subjetivo, a maneira como as pessoas percebem sua auto-eficácia, sua autonomia, competência, bem como a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Segundo Hackfort (1994 *apud* SAMULSKI, 2002) alguns autores não fazem uma diferenciação entre saúde psicológica e saúde mental, tratando as duas como se fossem sinônimos. Já Samulski (2002) discorda dessa visão quando afirma que a saúde mental está ligada a aspectos cognitivos, enquanto a saúde emocional envolveria o respeito ao humor, bem-estar e seus opostos, ou seja, mal estar e doenças. Contudo, Lino (1997) acrescenta:

> Saúde mental caracteriza-se pela maneira que uma sociedade em determinada época, julga ou reage a comportamentos considerados apropriados e/ou adequados, baseando-se em normas culturais, regras e conceitos próprios. É um aprendizado da realidade através do enfrentamento e da solução de conflitos e problemas vivenciados (p.29).

Pode se dizer, então, que o conceito de saúde não se relaciona apenas com a ausência de doenças, mas envolve o indivíduo como um todo, levando em consideração não só os aspectos biológicos, mas também os fatores sociais e psicológicos da pessoa.

Dessa forma, entende-se que a saúde irá proporcionar ao individuo uma maior disposição e bem estar o que abre possibilidades para a obtenção de um estado de felicidade e conseqüentemente de satisfação com a vida.

2.2.4 Felicidade como satisfação de vida

Para se falar em felicidade é importante que se verifique quais os fatores estão envolvidos na obtenção da mesma. Conforme mencionado anteriormente, o bem-estar é um desses fatores que podem promover esse estado de felicidade. O termo em questão se encontra diretamente relacionado aos temas saúde, felicidade

e qualidade de vida, entretanto a sua definição ainda não é feita de forma clara e concisa. Para Albuquerque e Trocoli (2004), o bem-estar estaria associado a diversos termos, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerado como uma forma de avaliação subjetiva da qualidade de vida por cada indivíduo. Campbeell (1976 *apud* ALBUQUERQUE E TROCCOLI, 2004) valida essa afirmativa quando diz que o Bem-Estar Subjetivo (BES) é uma experiência interna de cada indivíduo. Segundo Galinha e Pais Ribeiro (2005):

> O Bem-Estar Subjetivo (BES) é uma dimensão positiva da Saúde. É considerado, simultaneamente, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de estudo como são a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo (p.204).

Já Gianetti (2002) afirma que o bem estar humano não pode ser visto apenas como uma percepção subjetiva do sujeito, mas que seria composto por duas dimensões básicas, sendo uma objetiva e a outra subjetiva. Diener (1984 *apud* ALBUQUERQUE E TROCCOLI, 2004) aponta três características do bem-estar subjetivo, que, segundo ele, o diferencia dos demais conceitos. Essas características são: a subjetividade, medidas positivas e uma avaliação global. O autor afirma ainda que esse conceito deve ser visto de forma diferente ao de saúde mental, pois segundo ele, uma pessoa pode ser ou se encontrar momentaneamente insana, mas mesmo assim se sentir bem e feliz. Ele demonstra assim que BES não quer dizer necessariamente saúde psicológica, pois ele é apenas um aspecto do bem-estar psicológico, sendo importante, mas não suficiente para a pessoa estar bem na vida (DIENER, 2001 *apud* ALBUQUERQUE E TROCCOLI, 2004).

Diante do exposto, pode se dizer que, assim como o tema qualidade de vida, o conceito de bem-estar vai variar e depender muito da pessoa, do meio em que ela se encontra e possivelmente da percepção que ela tem das atividades que desempenha e de acordo com o postulado pela Teoria da Ação e como eixo norteador dessa pesquisa. O bem estar pode ser definido então, como uma passagem para a felicidade e satisfação com a vida, uma vez que para alcançar o mesmo a pessoa tem que estar se sentindo bem dentro de seu contexto o que possibilitará uma maior satisfação com a vida e conseqüentemente o alcance da felicidade.

Assim como o estresse tem sido apontado como um fator de influência na qualidade de vida das pessoas, a felicidade também pode ser vista como um

possível influenciador da mesma, uma vez que está diretamente ligada ao nível de satisfação e auto-realização do indivíduo. Veenhoven (1992) conceitua felicidade como sendo o grau em que o indivíduo avalia a qualidade global da satisfação da sua vida de forma geral. Em outras palavras, quanto o indivíduo gosta da forma como sua vida está sendo conduzida. Para Lauriola (2006), felicidade é fruto da percepção subjetiva de cada indivíduo e pode significar um estado de bem-estar, satisfação ou contentamento. Veenhoven (2001) afirma que os termos qualidade de vida e felicidade são comparados freqüentemente. Essa conexão conceitual é mais ou menos aplicada às palavras. Para o autor o termo qualidade de vida sugere que vida é boa em todos os aspectos. Assim, uma vida boa deve ser uma vida feliz. O autor admite ainda dois outros sinônimos para o termo *felicidade*. O primeiro é *satisfação* com a vida, o que denota que é freqüentemente utilizado também como felicidade. Uma vantagem do termo *satisfação* sobre o termo *felicidade*, é que o primeiro enfatiza o caráter subjetivo do conceito, levando em consideração a avaliação do indivíduo. Um outro sinônimo usado é *bem-estar subjetivo*. Entretanto, este termo deixa claro que é o indivíduo que faz a avaliação, mas não identifica o que o mesmo avalia. O termo também é usado para auto-avaliações mais específicas, como auto-estima, ansiedade e estresse.

2.2.5 A influência do estresse na qualidade de vida

O estresse também é um tema que tem estado bastante em evidência na sociedade atual e que vem despertando o interesse de vários pesquisadores e profissionais da saúde. O mundo moderno trouxe muitos benefícios como a rapidez no acesso de informações, os avanços tecnológicos, bem como descobertas significativas no campo científico. Entretanto, com essas vantagens, vieram também pontos negativos, pois o ser humano passou a viver sob pressão de tempo para trabalhar, para produzir resultados e seu tempo livre para descanso e lazer tem se tornado cada vez mais escasso.

2.2.5.1 Conceito de estresse

Lipp (1996) definiu o estresse como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causado por alterações psicofisiológicas que

ocorrem quando o indivíduo se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, o irrite, amedronte, excite, confunda ou mesmo o faça imensamente feliz. Rios (1998) corrobora com essa afirmativa quando define o estresse como:

> Um fenômeno constituído por um conjunto de respostas, específicas e/ou generalizadas do nosso organismo, diante de estímulos externos ou internos, concretos ou imaginários, que são percebidos como pressões e que exigem a entrada em ação de mecanismos adaptativos com capacidade de ajustar a essas pressões, propiciando nossa integridade, nosso equilíbrio, nossa vida (p. 1).

Segundo Nitsch (1981 *apud* SAMULSKI 2002), o estresse é a manifestação de processos biológicos, psicológicos e sociais, que estão intimamente interligados. Segundo Samulski (2002), podem ser considerados tanto um agente precursor como uma reação secundária. Dessa forma, entende-se que um sentimento que poderia ser o causador do estresse em um primeiro momento poderá surgir em decorrência do mesmo em um segundo momento. Para Selye (1981 *apud* SAMULSKI 2002), o estresse é a reação inespecífica do organismo perante qualquer exigência (p. 162), ou seja, significa um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação a qual exige um esforço para se adaptar. O estresse pode ser vivenciado em diferentes contextos, entretanto no ambiente esportivo ele tem sido mais evidente pelo fato dos indivíduos estarem cada vez mais envolvidos em disputas e decisões importantes o que vai aumentar sobremaneira a possibilidade do aparecimento do mesmo entre os atletas.

2.2.5.2 O estresse no contexto esportivo

No contexto competitivo, há uma constante exposição dos atletas a situações que exigem dos mesmos manter um nível de excelência, requerendo muito preparo, entrega e sacrifício. Quanto maior for o nível do atleta, maior o sacrifício e a necessidade de uma preparação adequada. Todos esses fatores aliados a situações do dia-a-dia irão contribuir para o surgimento do estresse e conseqüentemente influenciar de maneira significativa no seu rendimento (DE ROSE JR. 1999 in BARBANTI *et al. 2002).* Uma vez que o estresse vem sendo apontado como um dos principais indicadores de desequilíbrio da qualidade de vida e levando-se em consideração que o mesmo vai depender da percepção subjetiva do indivíduo, como prediz a Teoria da Ação ajudando na compreensão desse fenômeno dentro do contexto esportivo.

Segundo essa teoria, o atleta vai analisar a tarefa a ser executada (o grau de dificuldade que ela oferece para ele), a sua capacidade para executá-la (como ele se imagina realizando a mesma) e a sua percepção do ambiente no qual se encontra que pode ser a seu ver favorável ou hostil, dependendo da sua percepção subjetiva. Essa visão pode condizer com as condições objetivas, ou seja, com o que realidade, mostrando que o atleta possui uma boa percepção de si mesmo, possibilitando assim um maior controle do seu nível de estresse. Entretanto, se a percepção subjetiva não for semelhante a objetiva isso pode reforçar a criação de falsas expectativas em relação ao contexto esportivo possibilitando assim um menor controle do seu nível de estresse o que poderá afetar diretamente a sua qualidade de vida.

Sabemos que as pessoas se diferem na forma de lidar com as mais diversas situações. É o caso dos atletas paraolímpicos que têm cada vez mais se destacado no contexto esportivo, o que nos leva a crer que têm se adaptado a essas situações de tensão durante as competições. Talvez o fato de possuir a deficiência, como um obstáculo a mais, sirva de estímulo para adaptar-se às situações estressantes e compensar a deficiência com resultados expressivos durante a competição. É como se eles tivessem competindo com eles mesmos em busca da superação dos próprios limites. De acordo com Nitsch (1981 *apud* SAMULSKI 2002), existem fatores pessoais e ambientais que interagem no processo de surgimento e gerenciamento do estresse, o que significa que cada pessoa tem uma maneira particular de lidar com as mais variadas situações, ou seja, um fator que pode ser visto como estressante para um atleta pode vir a ter uma conotação totalmente diferente para outro, sendo percebida como um estímulo ou desafio, diferenciando a reação ao mesmo estímulo. As determinantes dessas reações são as condições ambientais, as características pessoais e o grau de exigência da tarefa a ser cumprida por cada atleta.

2.2.5.3 Tipos de estresse

Segundo Weineck (2003), existem dois tipos de estresse, o Eutress e o Distress. O primeiro é considerado o estresse bom, o qual tem um caráter “animador” e “ativador”. Ele é percebido pelas pessoas como sensações agradáveis, como sucesso, estar apaixonado, sentimento de felicidade, ou seja, experiências

alegres. Já o Distress, também chamado de estresse ruim, torna as pessoas doentes, pois contém cargas, esforços e aborrecimentos que são expostos ao homem diariamente por meio de barulho, pressa, frustrações e demais situações do dia-a-dia. Para que o estresse seja percebido como bom ou ruim pela pessoa, vai depender de uma série de fatores, como da avaliação subjetiva da carga, ou seja, vai depender das condições emocionais e físicas em que ela se encontrar naquele momento, da percepção do estímulo de acordo com os seus valores pessoais, afinal, como já foi mencionado anteriormente, nem sempre aquilo que é considerado um estímulo estressor por uma determinada pessoa será considerado da mesma forma por outra. Ainda segundo Weineck (2003), as exigências são sentidas e interpretadas de forma diferente de acordo com cada estrutura da personalidade.

No caso de pessoas com personalidade do tipo A, pode-se dizer que lutam constantemente para conseguir um número indefinido de realizações, são extremamente comprometidas com o trabalho, mas descuidam de outros aspectos da vida. Essas pessoas correm um grande risco de sofrerem um enfarto do miocárdio, por causa de seus comportamentos extremamente competitivos e por causa da sua grande ambição de trabalho. Pessoas com personalidade do tipo B são pessoas com elevada orientação para o sucesso, porém com baixo nível de estresse. São pessoas bem sucedidas, que procuram, de certa forma, levar a vida sem grandes problemas e principalmente livres de estresse, dessa forma estão com a saúde preservada, ao contrário das pessoas que possuem personalidade do tipo A. Já pessoas com personalidade denominadas tipo C, possuem uma orientação para o sucesso, mas com uma dimensão intermediária, entretanto ela possui um nível de estresse acentuado e uma grande insegurança social. Com isso, são pessoas que podem ser acometidas por distúrbios de regulação da circulação e distúrbios funcionais de circulação.

Existe também o Distress crônico, que seja qual for a maneira que se manifeste, pode provocar várias perturbações de ordem psicofísica, vegetativa e emocional. Dentre essas perturbações, se encontram: dores no coração, elevada disposição a infecções como resfriado, herpes e inflamação de garganta, dores de cabeça, dores de barriga, dores no peito, nervosismo, tremuras, perda de apetite, perturbações na digestão, sensação de “bolo na garganta”, sonolência, estados depressivos, anorexia, alterações no ciclo menstrual, falta de ar, leve cansaço, vertigens, estados febris, calafrios, sentimento de sobrecarga, irritabilidade,

convulsões nervosas e estados de tensão muscular. Por isso, todos os fatores, somados às situações do cotidiano dessas pessoas e aliadas ao fato de possuírem a deficiência como uma barreira a mais a ser superada, podem ser considerados como condições, potencialmente, causadores de estresse no esporte e que, de alguma forma, influenciam de maneira significativa no rendimento (DE ROSE JR., DESCHAMPS e KORSAKAS, 1999). Dessa forma, conseqüentemente, afetando a qualidade de vida das pessoas, tanto no esporte em geral ou no esporte paraolímpico.

2.3 Esporte

2.3.1Definição de esporte

Para Betti (1991), o esporte é uma ação social institucionalizada, suportada por uma convenção de regras, que se desenvolve em uma base lúdica, em forma de competição entre duas ou mais partes oponentes ou contra a natureza, cujo objetivo é, por meio de uma comparação de desempenhos, determinar o vencedor ou registrar o recorde. Kunz (2000) afirma que o esporte é a expressão máxima da cultura de movimentos de quase todas as sociedades do mundo e tem as seguintes características: a competição e a concorrência como fundamentos para seu funcionamento; a produção de rendimentos a partir do modelo olímpico do mais veloz, do mais alto e do mais forte; comparações objetivas, levando a um processo de seleção, especialização e instrumentalização; sentidos e significados máximos obtidos em sua prática, ao submeter seus praticantes às regras, aos gestos técnicos padronizados e às exigências de resultados mensuráveis.

Segundo Guedes (2000), a definição mais recente de esporte é a de um sistema organizado de práticas corporais relativamente complexas que envolvem atividades de competição regulamentadas e que se fundamentam na superação de outros competidores ou de marcas e resultados anteriormente estabelecidos pelo próprio esportista. Provavelmente a existência de várias definições seja a evidência da dificuldade de se conceituar esporte. O termo engloba uma diversidade de atividades que se ampliam a cada dia com o aparecimento de novas modalidades. Não é fácil encontrar elementos que sejam comuns e capazes de unir modalidades tão diferentes dentro do esporte como, por exemplo, o xadrez, o automobilismo, o

pára-quedismo, o atletismo e o tai-chi-chuan (TANI, 2000). Já Berger, Pargman e Weinberg (2007) afirmam que o desporto é um outro tipo de atividade física e está localizado no final da alta competitividade para a continuidade da atividade física.

Segundo o Mistério do Esporte e Turismo (2002), o *esporte* é definido como um fenômeno sócio-cultural, que tem no jogo o seu vínculo cultural e na competição o seu elemento essencial, e que nas suas diversas formas contribui para a formação e aproximação dos seres humanos ao reforçar o desenvolvimento de valores como a moral, a ética, a solidariedade, a fraternidade e a cooperação, o que o torna um dos meios mais eficazes para a convivência humana. No que diz respeito ao esporte adaptado, esses valores são ainda mais visíveis, pois o esporte possibilita além de todas essas coisas a reintegração social da pessoa com deficiência.

2.3.2. O esporte adaptado

O esporte para pessoas com deficiência, não se difere em seu objetivo e características do esporte de modo geral, ele apenas é constituído de adaptações realizadas de acordo com as limitações e potencialidades do indivíduo, com o propósito de oportunizar experiências com novos movimentos e novas vivências. Dessa forma, é possível fazer com que haja assim, a integração total do indivíduo com a sociedade. Entretanto o termo esporte adaptado não é aceito internacionalmente e sim o termo esporte para deficientes ou esporte para pessoas com deficiência, o que vem a ser chamado de esporte paraolímpico (MAUERBERG-DE CASTRO,2007).

O esporte paraolímpico é um esporte de alto nível, praticado por pessoas com deficiência, seja congênita ou adquirida que viram no esporte uma oportunidade de realização profissional. Geralmente estes começam a praticar esportes apenas por uma necessidade de reabilitação, integração social, recrutamento e continuidade no esporte (WHEELER, STEADWARD, LEGG, HUTZLER, CAMPBELL E JOHNSON, 1999). Percebe-se que o esporte tem uma função fundamental na vida das pessoas com deficiência, pois além de possibilitar uma melhor e mais eficaz recuperação, ele ilumina a vida desses indivíduos oferecendo uma nova oportunidade de integração, socialização, satisfação pessoal e revitalização da auto-estima.

2.3.3 Esporte paraolímpico

A palavra para (olimpíadas) vem do grego e quer dizer com, paralelo, ou seja, de paralelo com as olimpíadas. O termo paraolimpíada foi utilizado inicialmente por uma paraplégica, Alice Hunter, que escreveu um artigo para um jornal, descrevendo a sua história no esporte. O artigo foi intitulado ”Alice nas paraolimíadas”. Na época o termo foi associado a paraplegia e adotado para a definição de paraolímpíada (MAUERBERG-DE CASTRO, 2007). O esporte paraolímpico então, configura-se como a prática esportiva realizada por pessoas com deficiência, não significando necessariamente que esteja relacionado apenas ao contexto de alto nível, ou seja, as paraolimpíadas.

Dessa forma, entende-se por esporte de alto nível, a busca do rendimento máximo, ou seja, do melhor desempenho do ser humano atleta. Máximo no que diz respeito ao ponto de vista biofísico, psicológico e sociológico o que torna o esporte de alto nível mais seletivo, oferecendo oportunidades a um número reduzido de participantes, no caso pessoas com deficiência (BARROS, 1993).

2.3.4 Surgimento do esporte paraolímpico

Quanto ao surgimento do esporte paraolímpico, pode-se dizer que não há muitos registros acerca do mesmo antes dos movimentos esportivos pós-guerra na Europa e Estados Unidos. Até então, praticamente não se ouvia falar na prática de esportes entre indivíduos com deficiência (MAUERBERG-DE CASTRO, 2007). Segundo Cidade e Freitas (2002), antes da data acima citada, dentre os poucos relatos existentes acerca do desporto para pessoas com deficiência, encontra-se o de um grupo de lesionados da primeira grande guerra, na Alemanha, que em 1918, reuniam-se para praticar esportes. As autoras afirmam também que em 1932, surgiu, na Inglaterra, a Associação Golfistas de um só braço, mas que, no entanto, não conseguiram efetivar a prática dessa modalidade esportiva.

Fica evidente que o esporte adaptado surgiu inicialmente apenas com a finalidade de reabilitação de pessoas lesionadas e aos poucos foi se mostrando eficaz não só para o tratamento físico, mas como forma de reintegração social dos ex combatentes de guerra. Segundo Cidade e Freitas (2002):

> Foi preciso que a sociedade sentisse a necessidade de reabilitar os indivíduos traumatizados vertebromodulares, adivindos da 1ª. e da 2ª. guerras mundiais para reconhecer o papel da atividade física no auxílio a reabilitação e para que o desporto para deficientes se tornasse uma realidade (p.77-78).

Os primeiros atletas a se dedicarem ao desporto adaptado foram os surdos, uma vez que no final do século XIX as escolas de surdos, nos Estados Unidos, inseriram o futebol como uma das disciplinas escolares (ARAUJO, 1998).

O esporte como prática para pessoas com deficiência só se tornou efetivo em 1944, na Inglaterra onde o médico alemão, Ludwig Guttmann (MATTOS,1990; VARELA 1991), neurocirurgião e neurologista, introduziu as atividades esportivas como parte essencial para o tratamento médico, com o objetivo de recuperar as incapacidades geradas por lesões modulares. Em 1948, Guttmann criou na Europa, o primeiro programa organizado de esportes em cadeira de rodas. Logo em seguida, o esporte começou a ser visto não só como uma forma de recuperação e reabilitação física, mas também uma maneira de reduzir o estresse e melhorar a socialização de indivíduos com deficiência (ARAUJO, 1998; CIDADE E FREITAS, 2002; MAUERBERG-DE CASTRO, 2007).

Em 1960, o diretor do Centro de Lesionados Medulares de Ostia na Itália, Antonio Maglio, sugeriu que os jogos Internacionais de Stoke Mandeville fossem integrados aos jogos olímpicos em Roma. Eles foram realizados algumas semanas depois dos jogos olímpicos. Esse foi o marco histórico na criação dos jogos paraolímpicos. Esse evento reuniu 400 atletas de 23 países diferentes. Nesses primeiros jogos, participaram apenas atletas em cadeira de roda. O esporte paraolímpico acabou ganhando espaço em vários países do mundo incluindo entre eles o Brasil (CIDADE ENFREITAS, 2002).

2.3.5 Esporte paraolímpico no Brasil

No Brasil, a prática esportiva entre pessoas com deficiência teve início só na década de 50, por iniciativa de Robson Sampaio de Almeida e Sérgio Del grande, ambos paraplégicos que haviam retornado dos EUA onde foram submetidos ao processo de reabilitação através da prática esportiva (CIDADE ENFREITAS, 2002). Em abril de 1958, Robson Sampaio fundou na cidade do Rio de Janeiro o clube do

otimismo, enquanto que, em julho do mesmo ano, Del Grande fundou em São Paulo o clube dos paraplégicos (CIDADE ENFREITAS, 2002).

A partir daí, surgiram as duas primeiras equipes esportivas de cadeira de rodas no Brasil (ARAUJO, 1998; MATTOS ,1990). Segundo Cidade e Freitas (2002), o primeiro jogo realizado no Brasil foi no Maracanâzinho, na cidade do Rio de Janeiro, entre as equipes paulista e carioca de basquete em cadeira de rodas. Desse jogo em diante, o esporte para deficientes começou a se desenvolver no Brasil e começaram a surgir outros clubes e equipes dessa mesma modalidade, destacando-se entre eles, o Clube dos Paraplégicos do Rio de Janeiro (CPRJ), em 1965, e a Sociedade Amigos dos Deficientes Físicos (SADEF), em 1979.

As autoras afirmam ainda que a primeira participação brasileira em jogos internacionais se deu nos jogos Pan-Americanos, em Buenos Aires, Argentina, no ano de 1969 com as equipes paulista e carioca de basquetebol em cadeira de rodas. A partir daí, o Brasil tem participado das grandes competições internacionais, como a dos jogos Pan-Americanos em 1971, realizada na Jamaica, em 1973 no Peru, onde foi representado por duas delegações, uma paulista e outra carioca, devido a desentendimentos políticos entre esses dois estados. Após a participação do Brasil nos jogos Pan-Americanos do México em 1975, foi criada a Associação Nacional de Desporto para Deficientes (ANDE), a qual é responsável pela difusão, organização e administração do esporte entre pessoas com deficiência aqui no Brasil.

Entretanto, conforme afirma Mello (2006), um dos fatos marcantes e decisivos para o desenvolvimento do esporte paraolímpico no Brasil foi a criação, em 1995, do Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB). Segundo o autor, esse fato merece destaque, pois além de estruturar o esporte paraolímpico, reestruturou a forma ideológica como era visto o desporto para pessoas com deficiência em nosso país. O esporte paraolímpico cresceu nesses anos todos de maneira expressiva e com isso surgiram novas modalidades esportivas.

2.3.6 Modalidades esportivas do esporte paraolímpico

Atualmente, o Comitê Paraolímpico Internacional (IPC) oferece diversas modalidades esportivas, sendo que a maioria delas se desenvolve a partir de uma adaptação de esportes olímpicos, com normas de classificação que permitem o desenvolvimento das habilidades funcionais de cada atleta (CIDADE E FREITAS,

2002). Segundo o CPB, as modalidades oferecidas são: atletismo, basquetebol em cadeira de rodas, bocha, ciclismo, esgrima em cadeira de rodas, futebol de 5, futebol de 7, natação, rugbi em cadeira de rodas, tênis em cadeira de rodas, tênis de mesa, tiro, tiro com arco, vela e voleibol.

Assim como aumentaram as modalidades esportivas, cresceu também o número de atletas que disputam as paraolimpíadas. O número de atletas que irão às olimpíadas de Pequim 2008, praticamente dobrou em relação às ultimas olimpíadas de Atenas em 2004, o que mostra o quanto o esporte adaptado está crescendo no Brasil. Esse fato contribui de maneira significativa para que a sociedade conheça melhor quem são os atletas paraolímpicos e possam compreender que a deficiência, apesar de ser uma dificuldade não constitui uma barreira para o sucesso dos mesmos.

Entretanto, para que os atletas possam competir entre si em igualdade de condições, existe uma classificação funcional a qual permite nivelar os atletas de acordo com o tipo e grau de deficiência, para que possam competir com as mesmas condições e chances de vitória.

2.3.7 Classificação funcional dos atletas paraolímpicos

Segundo o site Comitê Paraolímpico Internacional (2008) atletas paraolímpicos são atletas de um grupo de seis tipos de deficiência que praticam o esporte adaptado. Não se trata portanto, apenas de atletas que já tenham participado de uma paraolimpíada. Nesse estudo, denominar-se-ão como paraolímpicos, qualquer atleta com deficiência, congênita ou adquirida, e que esteja inserido no contexto esportivo de alto nível, ou seja, todos aqueles que já tenham participado de pelo menos uma campeonato internacional.

No contexto do esporte paraolímpico, estão inseridos atletas com diversos tipos e níveis de deficiência, portanto para que as competições aconteçam de forma equilibrada, antes de participar de qualquer competição, o atleta com deficiência, tem, obrigatoriamente, que ser submetido a um processo classificatório. A classificação do esporte paraolímpico é dividida em classificação médica (oftalmológica) para deficientes visuais e classificação funcional para deficientes físicos. É importante ressaltar que essa classificação irá variar de acordo com cada esporte o qual determina seu próprio sistema de classificação. Este então, será

baseado nas habilidades funcionais e irá identificar as áreas chaves que afetam o desempenho para a performance básica do esporte escolhido.

A habilidade funcional necessária não depende do nível de habilidade adquirido (CPB, 2005). [1] A classificação para a prática esportiva de atletas com deficiência tem como finalidade nivelar os mesmos de acordo com suas capacidades físicas e competitivas, colocando as deficiências semelhantes em um grupo determinado (CIDADE E FREITAS, 2002). Essa classificação é que vai garantir que os atletas disputem com adversários em igualdade de condições, fazendo com que a competição ofereça o mesmo grau de dificuldade para todos os seus participantes. Essa disputa ganhou espaço e acabou por desempenhar um papel importante na vida desses atletas, ou seja, possibilitou não só uma integração no contexto social, mas também o resgate da auto-estima e do autoconceito, aspectos fundamentais para que se possa obter uma boa qualidade de vida.

2.4 A importância do Autoconceito para Atletas Paraolímpicos

Uma vez que a qualidade de vida envolve aspectos psicológicos, biológicos e sociais (BERGER E McINMAN, 1993), ou seja, a percepção do indivíduo como um todo, tem-se que somar a esses aspectos, a alteridade ou a extensão do eu. Neste ponto, há de se considerar, ainda, a compreensão (cognitiva e afetiva) do ambiente. Burns (1986) confirma, de modo convincente, essa proposição, quando pensa o auto-conceito formado da ótica na qual nos reconhecemos, a peculiaridade em nossas realizações, as fantasias acerca do que o outro pensa de nós e, sobremaneira, a imagem que fazemos de nós próprios. Niedenthal e Beike (1997) reforçam essa idéia ao definirem o auto conceito como sendo, As representações mentais das características pessoais utilizadas pelo indivíduo, para a definição de si mesmo e regulação do seu comportamento (p.106).

Em uma outra abordagem, Bee (1996) relaciona o autoconceito com as experiências vividas pelas pessoas. Nesse ponto, o autoconceito será mais positivo, tanto quanto mais positivas forem as experiências que o indivíduo tiver. Atribui-se a esse, as situações vivenciadas e selecionadas por ele, determinando as escolhas, moldando as respostas a serem dadas. Nesse aspecto, pode-se dizer que a maneira

[1] www.cpb.org.br

como a pessoa se percebe no contexto sócio-cultural, no qual está inserida, vai influenciar diretamente na sua forma de pensar, sentir e agir. Portanto, quanto maior o autoconceito, maior a sensação de bem-estar e, conseqüentemente, de qualidade de vida.

Há autores como Tamayo *et al.* (2001), que pensam o autoconceito como uma estrutura cognitiva organizadora das experiências passadas do indivíduo, reais ou imaginárias, controlando o processo informativo relativo ao mencionado indivíduo, ao exercer a função de auto-regulação. Branden (2000), de alguma forma, e mais sucinta, resume os autores citados quando afirma que o autoconceito é quem e o que achamos que somos, consciente e inconscientemente.

Mediante as várias leituras realizadas, pode-se dizer que o autoconceito é um componente da personalidade que influencia as percepções face aos objetos, às pessoas e às relações. Portanto, torna-se de fundamental importância na formação de um indivíduo seguro, capaz, feliz e vitorioso (SANTANA, 2003). O autoconceito, assim como a qualidade de vida, é uma percepção subjetiva do indivíduo, que muitas vezes não condiz com a realidade, podendo determinar o caminho que se pretende na vida, sendo responsável pela visão mais íntima ”do eu” e “do outro” e capaz de influenciar todas as escolhas e decisões significativas do ser humano.

O fato é que, quando um indivíduo tem uma imagem negativa acerca de si mesmo, por mais que isso não retrate a realidade, vai afetá-lo enormemente, uma vez que é assim que ele se percebe. Como conseqüência, terá dificuldade de interagir-se socialmente. E nesse ponto, certamente resultará um descuido com a saúde e o bem-estar, dificultando ainda mais a obtenção de uma boa qualidade de vida. Chega-se, portanto, ao entendimento de que o esporte tem um significado fundamental para o processo de reconstrução da auto-estima, da formação do autoconceito conseqüentemente para a percepção de uma boa qualidade de vida.

2.4.1 Autoconceito e auto-estima na obtenção da qualidade de vida

Relativo ao autoconceito, pode-se deduzir uma fronteira bastante tênue entre o mesmo e o significado da auto-estima, podendo arriscar-se nas evidências de íntima ligação entre esses dois elementos fundamentais no conhecimento dos indivíduos. No que se refere à auto-estima, torna-se relevante lembrar a

conceituação do termo, mostrando essa relação existente entre ela e a formação do autoconceito.

Nesse ponto, remete-se a Branden (2000), quando ao defini-la, esclarece ser a mesma a forma como nos sentimos em relação a nós mesmos e nossas reações aos fatos acontecimentos do nosso dia-a-dia. Esse autor afirma também que a auto-estima pode ser considerada como um componente avaliador do autoconceito.

2.4.2 Diferenciação entre auto-estima e autoconceito

Mussen *et al.* (1995) afirmam que as crianças formam identidades e conceitos sobre si mesmas, o que implica em atribuir valores positivos e negativos a seus próprios atributos. Segundo esses autores, o autoconceito seria a imagem que o indivíduo faz de si mesmo e a auto-estima seria a assimilação dos valores positivos e negativos que o sujeito seleciona e se apropria passando a fazer parte de sua personalidade. Os autores afirmam ainda, que a auto-estima se difere do autoconceito, porque ela envolve avaliação, enquanto que este último seria um conjunto de idéias sobre si mesmo que é descrito e não envolve julgamento de valor.

Um fator que está diretamente relacionado ao autoconceito é a imagem corporal. Tavares (2003) endossa o exposto acima quando afirma que a imagem corporal está diretamente ligada à formação do autoconceito, uma vez que a percepção do próprio corpo influi na formação da personalidade. Portanto, pode-se dizer que uma boa percepção da auto-imagem, ou seja, da imagem corporal refletirá, certamente, na construção da auto-estima, que por sua vez, afetará o autoconceito, repercutindo positivamente nas atitudes do atleta.

2.4.3 Imagem Corporal

Segundo Tavares (2003), a imagem corporal engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua o seu próprio corpo. O mesmo autor explica a compreensão de imagem corporal:

> A compreensão do conceito de imagem corporal está vinculada ao significado dos termos imagem e corpo. Exige não só entendimento teórico mas capacidade de relacionar esse conhecimento ao reconhecimento da posição existencial do homem. Nem mesmo a história completa de um homem o define. Cada fato de sua vida nunca esgota seus significados. Presente, passado e futuro não são momentos isolados. Nessa experiência perceptiva de nosso corpo existe concretamente, mas escapa a uma simples definição. Não alcançamos a compreensão total da essência, da singularidade do corpo (p.36-37).

O autor citado contribui, substantivamente, para o objeto dessa pesquisa, tendo em conta, a mutabilidade física e o humor dos sujeitos, sejam eles com ou sem deficiência. Essa inferência poderá ser feita uma vez que o ser humano é uma contínua evolução e construção, de seu nascimento até o fim de sua existência. Novaes (1975) já afirmava a influência da imagem corporal na formação do autoconceito uma vez que a concepção do próprio corpo "influi na organização da própria personalidade" (p.33). A autora esclarece que através da exploração do corpo e de suas funções, o indivíduo poderá distinguir-se dos demais ao construir a noção e o significado de si mesmo. Ao referir-se à formação do autoconceito, ela considera associações simbólicas e irracionais ligadas ao comportamento mental e à imagem corporal que, por sua vez, se modificam a partir de novas experiências. Novaes afirma que "qualquer deficiência física pode afetar a imagem corporal do indivíduo, daí o cuidado que se deve ter na reconstrução positiva dessa imagem que irá repercutir no próprio autoconceito" (p.35). Percebe-se, então, a importância do esporte na organização do autoconceito que, conseqüentemente, influenciará a qualidade de vida de atletas paraolímpicos.

2.4.4 A contribuição do esporte na formação da auto-estima e do autoconceito

Fica tácito nessa exposição o percurso da constituição da auto-imagem e do autoconceito em pessoas com deficiência, lembrando ainda Bento (1991 in BARBANTI, 2002), O desporto alcançou nos últimos anos uma valorização social e cultural, anteriormente inimaginável (p.197) e complementa, enfatizando, sobretudo, ao se referir a indivíduos com deficiência, seja congênita ou adquirida. Portanto, segundo o mesmo autor, o desporto é visto como elemento compensador indispensável às inibições da vida de hoje, podendo proporcionar a construção de um nova auto-estima e um ótimo autoconceito. Torna-se evidente que o espaço do desporto configura-se como estruturador e reorganizador da identidade de seus

participantes, oportunizando a atualização e a potencialização do processo de suas identificações e inserção social, aprimorando a percepção de sua auto-imagem, melhorando a sua auto-estima. Resulta-se, enfim, na construção de um autoconceito essencialmente positivo que, definitivamente, contribuirá para a excelência da qualidade de vida.

A Psicologia do Esporte e do Exercício é uma área de conhecimento que dedica grande parte de suas investigações ao assunto em questão. Sabe-se que atualmente, especialmente no Brasil, as investigações são dirigidas a melhorar a relação entre prática esportiva e melhora do autoconceito e da auto-estima. Essas contribuições focalizam no desenvolvimento do equilíbrio emocional e, consequentemente, a melhora do desempenho pessoal e esportivo.

2.5 A Psicologia do Esporte e do Exercício no contexto Paraolímpico

Face às necessidades que se apresentam aos atletas de alto rendimento na atualidade, a superação tornou-se, em princípio, um termo recorrente entre aqueles que disputam campeonatos internacionais, conseguindo alcançar um lugar de destaque no cenário esportivo. Em se tratando de atletas paraolímpicos, o sucesso tem um duplo significado: por um lado, possibilita-lhes a superação dos próprios limites (uma vitória sobre a própria deficiência); por outro lado, mediante o reconhecimento social, oportuniza-lhes a inclusão.

A Psicologia trata, essencialmente, do comportamento humano, buscando entender de que forma acontecem as relações do homem em seu ambiente. Já a Psicologia do Esporte e do Exercício configura-se como uma das disciplinas da Ciências do Esporte e constitui um campo da psicologia aplicada (SAMULSKI, 2002). O autor define a Psicologia do Esporte como sendo a responsável pela análise e regulação dos processos psíquicos e de ações esportivas. Esse conceito é reforçado ainda mais pela Teoria da Ação, uma vez que demonstra ser possível modificar o comportamento humano a partir de informações que se recebe do meio no qual o atleta se encontra inserido. Desses pressupostos, pode-se deduzir que a Psicologia do Esporte e do Exercício tende a ser uma aliada importante no desempenho esportivo dos atletas, bem como na elucidação do objeto dessa pesquisa. Segundo Gill (1979), ela pode ser entendida como sendo o estudo científico das pessoas e de seus comportamentos, quando alocadas no ambiente

esportivo. A partir desse conhecimento, intervém-se na realidade, objetivando obter-se um maior êxito na realização das atividades esportivas.

Weinberg e Gould (2001) afirmam que, na maioria das vezes, as pessoas buscam a Psicologia do Esporte e do Exercício com a intenção de entender os fatores psicológicos que afetam o desempenho do atleta. Procuram ainda perceber de que modo a participação em esportes e atividades físicas influencia no desenvolvimento psicológico desses sujeitos.

2.5.1 Diferenciação entre psicologia do esporte e psicologia do exercício

Entretanto, Berger, Pargman e Weinberg (2007) demonstram haver diferenças significativas entre a Psicologia do Esporte e a Psicologia do Exercício quando afirmam que a psicologia do exercício está mais focada na excelência de uma saúde mental mediante a realização de atividades físicas. Já a Psicologia do Esporte incluiria temas psicológicos de interesse não só das pessoas que praticam exercício, mas de todos aqueles envolvidos no esporte competitivo, como atletas, treinadores, gestores esportivos e parentes.

Dessa forma, pretende-se ressaltar a importância da Psicologia do Esporte e do Exercício, não dissociadas, tão pouco enunciadas apenas como um instrumento de compreensão dos fatores que afetam o desempenho do atleta, mas como base norteadora para um melhor rendimento esportivo dos mesmos. Identificar os elementos que influenciam a qualidade de vida de atletas paraolímpicos, em ambientes de treino e competição, poderá fornecer à Psicologia do Esporte e do Exercício, importantes informações, no intuito de uma possível intervenção no ambiente esportivo, melhorando a qualidade de vida desses atletas, possibilitando-lhes um maior desempenho.

Em que pese a emergencialidade do profissional que se ocupa da psicologia, nomeadamente a do esporte, utilizar de um jargão metafórico "pronto socorro psicológico" (trabalhos psicológicos feitos em caráter de urgência de curta duração nos clubes e outros centros esportivos e recreativos) acaba por ser um erro de percurso. Em se tratando da aquisição de competências psicológicas como é o caso acima citado, elas devem, segundo Stefanello (2007), ser assimiladas a fim de uma melhor aplicação em situações competitivas reais:

> Tentar implementar um programa de treinamento com muitas competências psicológicas, tendo um curto período de tempo para o seu desenvolvimento, é uma decisão irrealista e contraproducente, podendo colocar em risco a credibilidade e o respeito do treinamento psicológico de quem o aplica (p.20).

Fica de tal modo evidente a importância da contribuição da Psicologia do Esporte e do Exercício na preparação de um atleta que obtenha expressivos resultados, levando em conta a relevância do acompanhamento psicológico durante todo o processo dessa preparação.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa exploratória e descritiva, que teve como objetivo identificar e analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida de atletas paraolímpicos, de ambos os gêneros, de diferentes modalidades esportivas, coletivas e individuais, em ambientes de treinamento e competição.

3.2 Amostra

A amostra deste estudo foi composta por 144 atletas, de ambos os gêneros, com deficiências físicas, congênitas e adquiridas, compreendendo os amputados de membros inferiores e/ou superiores, paraplégicos, tetraplégicos, hemiplégicos, más formações congênitas, seqüelados de poliomielite e paralisados cerebrais.

Essa amostragem foi caracterizada por atletas de nível internacional de treze diferentes modalidades esportivas, sendo elas: atletismo (n=33), basquetebol (n=20), bocha (n=01), ciclismo (n=01), futebol de amputados (n=11), futebol de 7 (n=4), halterofilismo (n=5), judô (n=01), natação (n=57), tênis de cadeira de rodas (n=01), tênis de mesa (n=07), tiro esportivo (n=01), e voleibol sentado (n=2). Destes atletas, 38 são de modalidades coletivas e 106 de individuais, sendo que 41 atletas (28,5%) pertenciam ao gênero feminino e 103 (71,5%) ao gênero masculino.

O questionário foi aplicado a atletas com diferentes níveis de experiências em competições, sendo exigida a participação em pelos menos um campeonato internacional.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Questionário de Dados Demográficos

Este questionário foi usado para investigar aspectos como idade, experiência, modalidade esportiva, dinâmica de treinamento, motivação para a

prática esportiva, tipo de deficiência e nível dos campeonatos dos quais participou (ANEXO F).

3.3.2 Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-bref

Este instrumento (ANEXO G) foi utilizado para avaliar a percepção geral de qualidade de vida dos atletas. É uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS. O WHOQOL-100 é a versão brasileira do instrumento completo (100 itens), validada por Fleck et. al. (1999).

O WHOQOL-bref foi desenvolvido, pelo mesmo grupo, pela necessidade de instrumentos menores, que pudessem ser preenchidos em pouco tempo, mas que fossem confiáveis, ou seja, com características psicométricas satisfatórias (FLECK *et. al*., 2000).

A versão abreviada é composta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no *WHOQOL-bref* é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios.

Assim o *WHOQOL-bref* é composto por 4 domínios: *Físico* (atividades da vida diária; capacidade de trabalho; dependência de medicação ou de tratamento; dor e desconforto; energia e fadiga; mobilidade; sono e repouso)*, Psicológico* (aparência e auto-imagem; auto-estima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; sentimentos negativos e sentimentos positivos)*, Relações Sociais* (atividade sexual; relações pessoais; suporte social) *e Meio- ambiente* (ambiente do lar; ambiente físico; disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; acesso ou oportunidades de recreação e lazer; recursos financeiros; segurança física e proteção; transporte) (FLECK, *et al*. 2000).

As escalas de respostas são do tipo Likert com 5 alternativas para respostas e os escores foram obtidos pela média aritmética, para as facetas e

dimensões, variando de 1 a 5. Sendo que essa escala contempla aspectos de avaliação, capacidade e freqüência (**Quadro 1**).

Escala	0% (âncora)	25%	50%	75	100% (âncora)
Satisfação	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
Avaliação	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
	muito feliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
Capacidade	Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
Freqüência	Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre

QUADRO 1 - Escala de respostas para as escalas de satisfação, avaliação, capacidade e freqüência
Fonte: Fleck (1998)

Quanto à consistência interna do instrumento, os valores de *alpha de Cronbach* são superiores a 0,70 para as facetas e as dimensões (FLECK *et al.*, 2000; PASQUALI, 1999).

3.3.3 Questionário de Qualidade de Vida para Atletas - QQVA (ANEXO H)

Este questionário foi elaborado no Laboratório de Psicologia do Esporte-LAPES da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Ele foi criado pela necessidade de se construir um instrumento psicométrico capaz de medir a percepção de qualidade de vida de atletas especificamente no contexto esportivo. Através dele, pode-se identificar de maneira mais precisa os fatores que influenciam a qualidade de vida dos atletas, tanto em ambientes de treinamento quanto nos de competição.

O instrumento é composto de 39 questões, divididas em três dimensões: a biológica com 11 itens; a psicológica com 16 itens e a social com 12 itens. Para cada uma das situações do questionário, o atleta deveria escolher uma entre as cinco possibilidades de respostas dadas, em uma escala tipo Likert que varia de 0 a 4,.

Quanto à consistência interna do instrumento, os valores *alpha de Cronbach* alcançaram um valor de 0,90 sendo portanto superiores a 0,70 para as facetas e as dimensões (FLECK *et al.*, 2000; PASQUALI, 1999), o que mostra a

confiabilidade do instrumento para se verificar o que se pretende, ou seja, os fatores que influenciam a qualidade de vida de atletas paraolímpicos em ambientes de treino e competição.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Cuidados éticos

Este estudo está dentro das normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (1996) sobre pesquisas que envolvem seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa – COEP, da Universidade Federal de Minas Gerais, parecer ETIC 524/07 (ANEXO A).

Inicialmente foi estabelecido um contato com as Federações das modalidades participantes do estudo, no qual foram detalhadamente explicados todos os objetivos e procedimentos a serem adotados na pesquisa.

Posteriormente foi estabelecido contato com os treinadores e responsáveis pelas equipes, bem como diretorias dos clubes e instituições.

Os atletas foram informados sobre os objetivos, relevância e os procedimentos metodológicos da pesquisa. Estes assinaram um termo de consentimento, escrito pela pesquisadora, declarando estarem cientes de que a qualquer momento poderiam, sem constrangimento, deixar de participar do projeto e que a participação no mesmo era voluntária (ANEXO D).

3.4.2 Coleta de dados

Inicialmente foi feito contato com os dirigentes das instituições desportivas para dar-lhes as informações sobre os objetivos, o desenvolvimento da pesquisa e a forma de publicação dos resultados.

A seguir, foi obtido o calendário esportivo do ano de 2008 e durante alguns eventos foram realizados contatos com os técnicos e atletas para expor os objetivos, procedimentos adotados na pesquisa e solicitar a colaboração voluntária para responderem aos questionários.

A coleta aconteceu no período de realização dos campeonatos dos quais as equipes participavam e durante as avaliações psicológicas realizadas pelo Comitê Paraolímpico Brasileiro em diversas cidades do Brasil.

Os questionários eram aplicados após as competições ou em momentos de treinamento das mesmas. Foi estabelecido, juntamente com os treinadores, que a aplicação dos instrumentos seria feita após os jogos, sendo que os atletas tinham tempo livre para respondê-los. Quando a coleta acontecia nos locais de treinamento das equipes: a data e o horário para a aplicação dos questionários eram agendados previamente com o treinador das mesmas. Dessa forma, os atletas tinham tempo livre para responderem aos questionários sem, contudo, interferir em seus treinamentos ou competições.

3.4.3 Análise estatística

Os procedimentos estatísticos realizados nesse estudo foram feitos através do pacote estatístico SPSS® 16.0 (*Statistical Package for Social Science*) for Windows®, Excell 2007 e *Minitab versão 12.0.*

A análise estatística utilizada foi composta por média, desvio padrão e distribuição de freqüência.

Para análise da consistência interna (*Reliability Test*) foi utilizado o índice de confiabilidade *Alpha de Cronbach*. Foi aceito como válido na consistência interna o índice *Alpha de Cronbach* acima de 0,70 (PASQUALI, 1999).

Com o objetivo de tomar a melhor decisão acerca dos testes estatísticos a serem utilizados para a comparação dos grupos, foi utilizada o Teste de Normalidade de *Shapiro-Wilk* (ANEXO I) O teste não-paramétrico de U *Mann-Whitney* foi utilizado para comparar as respostas e verificar as diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros (feminino e masculino), bem como para a comparação entre deficiências (congênitas e adquiridas). Esse teste é válido para verificar diferenças entre grupos com contingentes amostrais independentes, inclusive com tamanhos variados.

Para as questões 1 e 2 do questionário de qualidade de vida geral (WHOQOL-bref) foi utilizado o teste Qui-quadrado. Esse teste teve como objetivo verificar a associação entre as variáveis Qualidade de Vida, Tipo de Deficiência (adquirida e congênita) e Gênero (masculino e feminino).

Em todas as inferências realizadas foi adotado como referência para identificar diferenças estatísticas o valor de $p<0,05$.

4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 – Perfil da amostra

Além das informações acerca da qualidade de vida de atletas paraolímpicos, este estudo obteve outras informações gerais a respeito do grupo estudado, através de um *Questionário de Identificação da Amostra*, com questões sobre: modalidade, gênero, idade, nível de escolaridade, renda familiar, estado civil, trabalho, patrocínio, tipo de deficiência, idade em que começou a praticar esporte e a competir, campeonatos que já participou, principal motivador para a prática esportiva e volume de treino semanal.

A amostra foi composta por 144 atletas paraolímpicos, de 13 modalidades esportivas diferentes, com participação em pelo menos um campeonato internacional. A distribuição dos esportes praticados pela população estudada pode ser visualizada na **Tabela 1.**

TABELA 1
Modalidades praticadas

Modalidade de Esporte	n	%
Bocha	1	0,69
Ciclismo	1	0,69
Judô	1	0,69
Tênis em cadeira de rodas	1	0,69
Tiro	1	0,69
Voleibol	2	1,39
Futebol de 7	4	2,78
Halterofilismo	5	3,47
Tênis de mesa	7	4,86
Futebol de amputados	11	7,64
Basquetebol	20	13,89
Atletismo	33	22,92
Natação	57	39,58
TOTAL	144	100,00

Grande parte dos atletas praticam natação, representando 39,58% da amostra. Em seguida tem-se o atletismo com 22,92% e o basquete com 13,89%. Os demais esportes somam 23,61% do total dos sujeitos. Uma possível explicação para a maioria dos atletas se concentrar em esportes individuais como natação e atletismo, seria o fato de serem esportes os quais requerem menor gasto com

equipamentos enquanto que outros esportes como basquete em cadeira de rodas, vela e esgrima, necessitam de equipamentos caros o que inviabiliza a prática esportiva para a grande maioria das pessoas.

Os atletas do gênero masculino constituem 71,5% do conjunto total. Observou-se então que o grupo de atletas do gênero feminino (28,5%) é numericamente menor que o masculino. Anjos (2005) quando validou um instrumento para se verificar a percepção subjetiva dos fatores estressantes de atletas com deficiência física, constatou essa realidade uma vez que, em sua amostra (80,77%) era composta por atletas do gênero masculino. Diante desse perfil, a autora fez uma análise da participação de atletas brasileiros nas paraolimpíadas de Atenas no ano de 2004. Segundo ela, dos 98 atletas participantes, apenas 21% eram do gênero feminino, o que vem reforçar os resultados obtidos nessa pesquisa que apontam para uma baixa participação feminina nos esportes de alto nível. Goellner (2006) relata que os anos 80 e 90 marcou um aumento expressivo da participação feminina em esportes antes considerados como violentos para o gênero como o judô, o pólo aquático, o handebol e o futebol. Entretanto, o autor afirma ainda que, apesar da crescente presença feminina na vida esportiva do país, e da participação das mesmas como esportistas já ser considerada significativa, ainda é menor que a dos homens.

As idades dos praticantes de esporte de acordo com o gênero estão apresentadas no **Gráfico 1**. A média das idades é aproximadamente 31,36 anos, com intervalo de confiança 29,83 e 32,89 e mediana 30,10 anos.

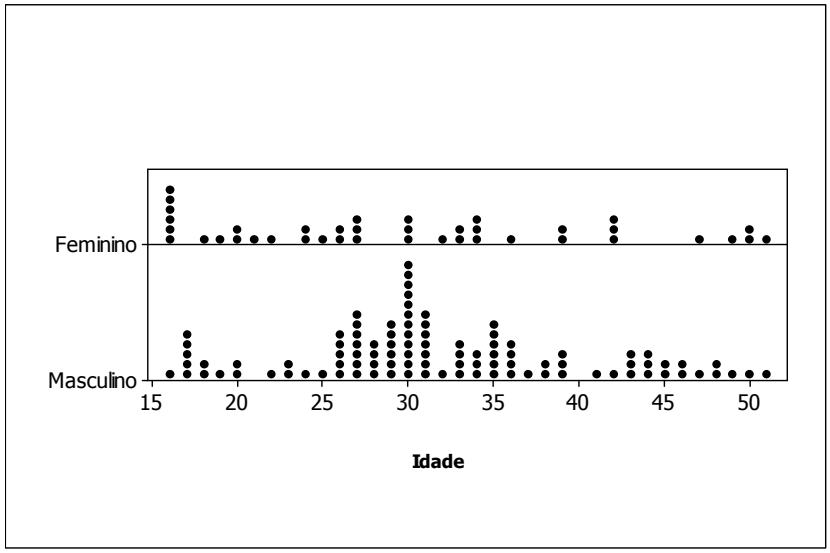


GRÁFICO 1- Distribuição dos indivíduos segundo idade e gênero

Os atletas do estudo apresentam idades entre os 15 e 52 anos. Para o gênero masculino, observa-se maior concentração de indivíduos na faixa etária entre 25 e 35 anos. No gênero feminino, evidencia-se melhor distribuição das atletas ao longo do eixo de idades, mostrando uma concentração maior nos eixos entre 15 e 20 anos. Nos Esportes Adaptados, numa análise ampla, a idade dos participantes é um pouco diferenciada do que se observa nos esportes convencionais, pois, o fato de muitas deficiências terem sido adquiridas na fase adulta dos indivíduos, justifica o fato dos mesmos iniciarem a carreira esportiva um pouco mais tarde que os atletas convencionais.

Quanto ao nível educacional dos atletas, esse pode ser observado no **Gráfico 2**. A maioria dos participantes possui o *segundo grau completo* (36,11%), representando 52 pessoas dessa amostra. Em seguida está o nível *superior incompleto* com (19,44%) da amostragem, ou seja, 28 atletas e apenas 9, ou seja, (6,25%) da amostra possui apenas o primeiro grau incompleto. Pelo fato dos atletas possuírem um bom grau de instrução, acredita-se que os mesmos não tenham tido dificuldade no preenchimento dos questionários.

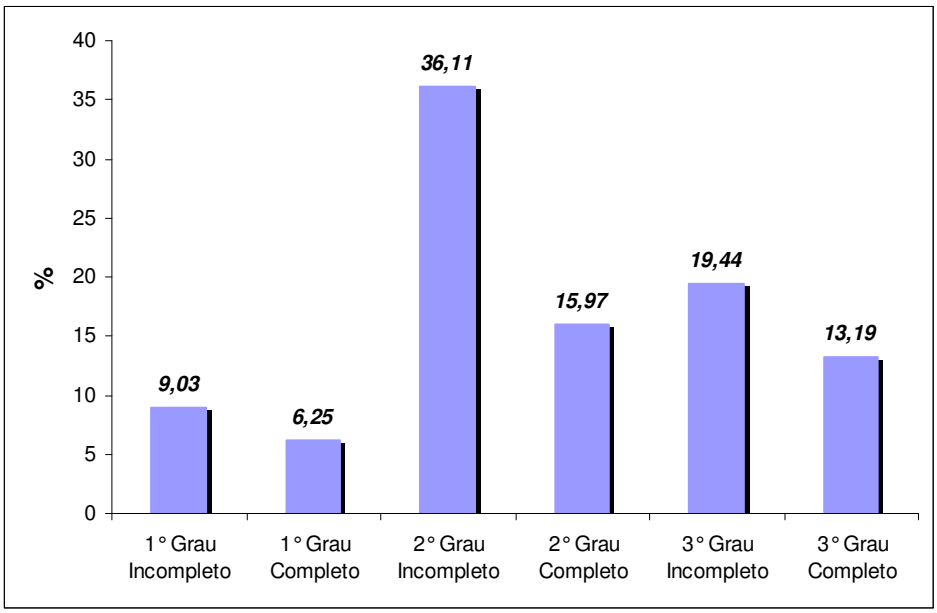


GRÁFICO 2- Grau de escolaridade dos atletas da amostra.

O perfil socioeconômico dos atletas permite verificar a predominância dos indivíduos que possuem renda familiar entre 2 e 4 salários, como é mostrado no **Gráfico 3**, sendo que apenas 14% possuem renda acima de 6 salários. Apesar do

fator econômico ser uma das variáveis que, segundo a OMS, influenciam na QV das pessoas, ela parece não influenciar na percepção geral dos atletas, uma vez que esses consideraram sua QV como boa.

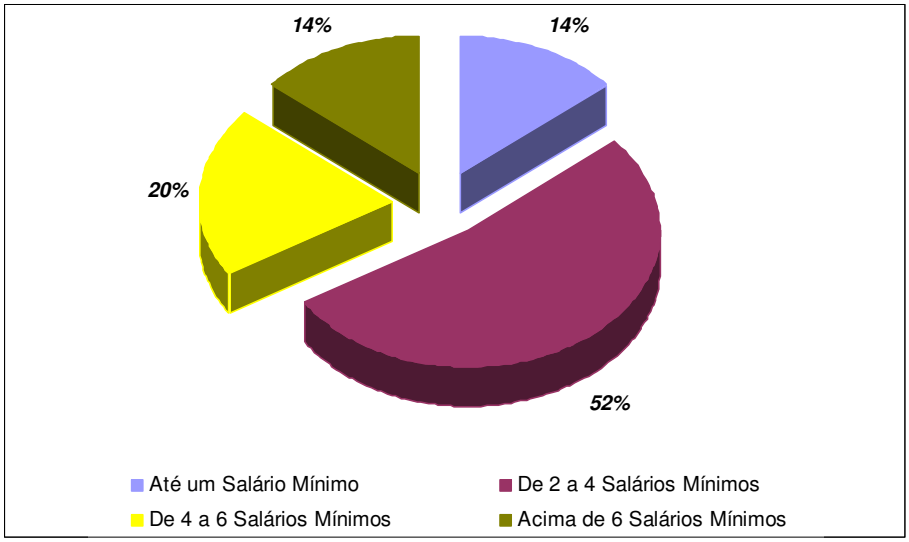


GRÁFICO 3- Renda Familiar mensal dos atletas

Quanto ao estado civil, percebe-se que a grande maioria da amostra (66%) é composta por indivíduos solteiros, conforme pode ser visualizado no **Gráfico 4**.

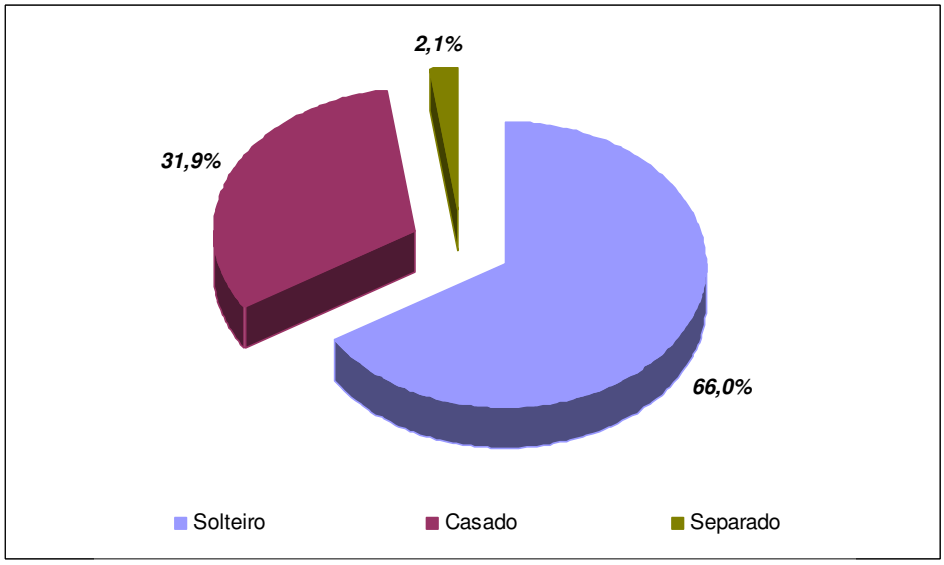


GRÁFICO 4- Estado civil dos atletas.

Não se observa a presença de indivíduos viúvos no conjunto total da amostra. Mais de 30% são casados e apenas uma pequena parcela dos atletas (2,1%) declarara estar separada.

Do total de atletas que responderam ao questionário, observa-se que 38,9% trabalham e 40,4% têm algum tipo de patrocínio. Esses valores demostram que o esporte paraolímpico ainda não conta com muitos patrocinadores o que pode interferir na prática e conseqüentemente no resultado desses atletas, uma vez que muitos precisam trabalhar para se manter não podendo se dedicar exclusivamente á prática esportiva.

A deficiência dos competidores, cujos dados são analisados nesse estudo, é classificada como sendo congênita ou adquirida e ainda, físico-motora, ou visual. A **Tabela 2** apresenta as proporções de indivíduos em cada uma das categorias especificadas.

TABELA 2
Tipo de deficiência dos atletas que compõem a amostra.

Tipo de Deficiência	Origem da Deficiência					
	Adquirida		Congênita		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
Físico-motora	81	96,43	39	67,24	120	84,51
Visual	03	3,57	19	32,76	22	15,49
TOTAL	84	100,00	58	100,00	142	100,00

A maioria dos atletas entrevistados declarou possuir deficiência adquirida. Esse grupo constitui cerca de 59% do total de competidores que fizeram declarações com relação à essa variável. A deficiência físico-motora é predominante em ambos os grupos, sendo que esses indivíduos constituem 84,51% do conjunto total. A deficiência visual é maior em indivíduos com deficiência congênita. Dos 144 atletas participantes da pesquisa, apenas dois não declararam o tipo de deficiência que possuem.

Dentre os indivíduos com deficiência adquirida, o histograma apresentado no **Gráfico 5** possibilita verificar uma assimetria à esquerda, indicando que a maioria deles adquiriu a deficiência em idades mais baixas.

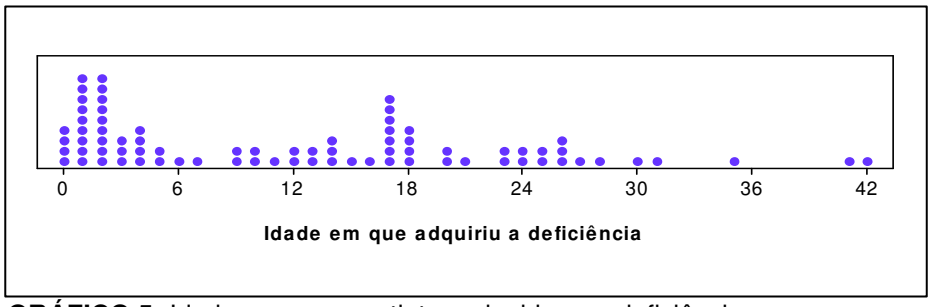


GRÁFICO 5- Idade em que os atletas adquiriram a deficiência.

Apenas uma pequena proporção declarou ter adquirido a deficiência com mais de 30 anos, sendo que a grande maioria dos atletas adquiriu a deficiência quando ainda era criança.

Aspectos sobre o início da carreira esportiva dos atletas podem ser observados na **Tabela 3**, que apresenta a idade com a qual os mesmos começaram a competir e ainda o tempo que possuem de envolvimento com a modalidade. A idade média com a qual o grupo iniciou a prática esportiva foi de 17,28 (± 9,79) e a competir com 21, 43 anos.

TABELA 3
Idade e envolvimento com a modalidade

	N	***Média***	***Desvio Padrão***	***Mínimo***	***Máximo***
Começou no Esporte	143	17,28	9,78	2	44
Começou a Competir	143	21,43	9,27	4	49

Todos os atletas contidos na amostra já participaram de pelo menos um campeonato internacional. Quase todos participaram de campeonatos nacionais (97,92%) e cerca de 52,78% já participaram de pelo menos um Parapanamericano. Os campeonatos menos disputados foram os Metropolitanos (34,03%) seguidos das Paraolimpíadas (28,47%). Uma possível explicação para o fato de não haver um número muito expressivo de atletas que tenham participados de campeonatos metropolitanos, seja pela falta de preparação das categorias de base. Dentro do esporte paraolímpico ainda é precária essa preparação o que faz com que os atletas

acabem iniciando sua carreira esportiva disputando direto campeonatos nacionais. O **Gráfico 6** mostra a participação desses atletas nos campeonatos acima citados.

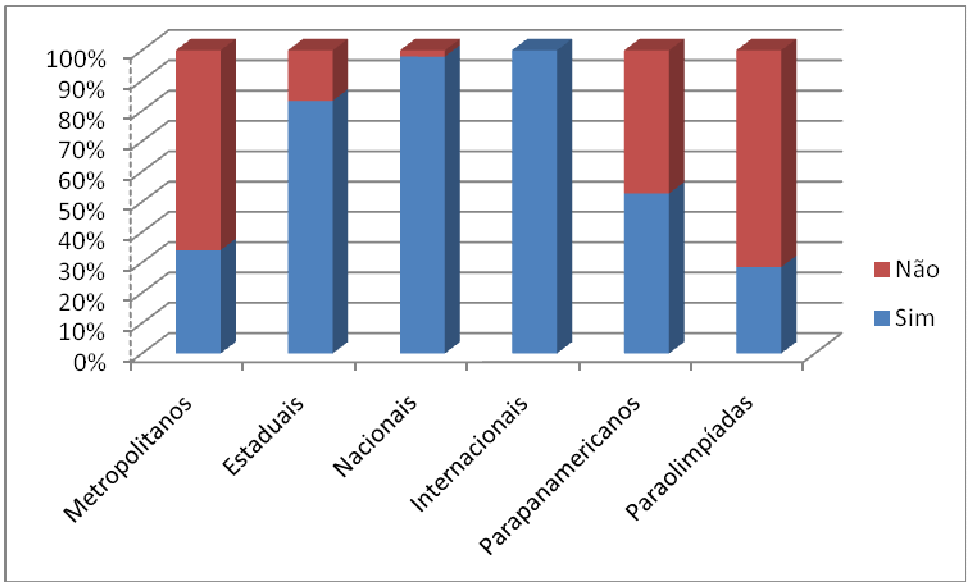


GRÁFICO 6-Competições que participaram

Conforme mostra o **Gráfico 7**, a principal fonte de motivação para a prática esportiva entre os atletas paraolímpicos, participantes desse estudo, foi percebida como sendo os pais em 43,06%. Em seguida, os amigos representaram cerca de 24,31% da influência desses indivíduos na prática do esporte. Os irmãos foram os que menos exerceram algum tipo de motivação (3,47%).

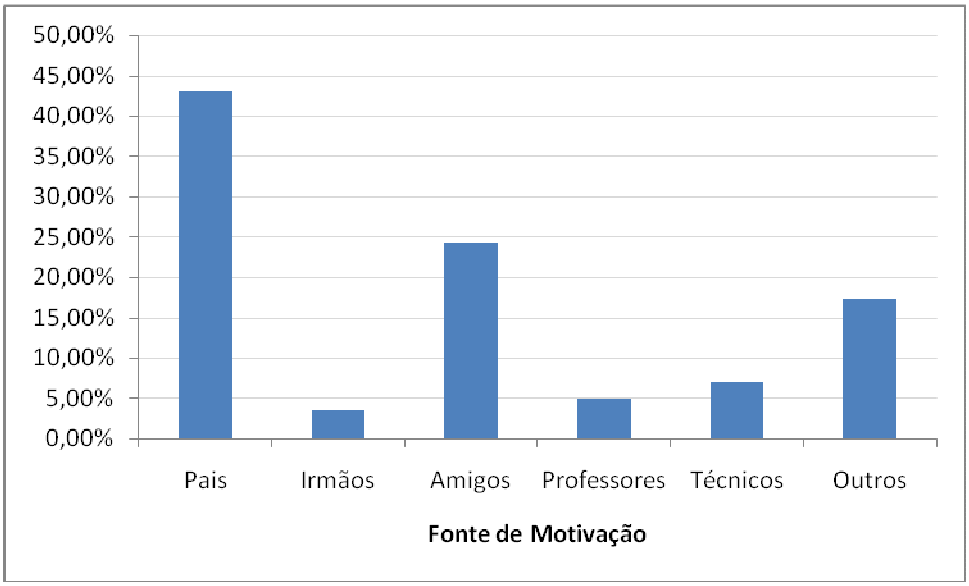


GRÁFICO 7- Motivação para a prática esportiva

Esses resultados confirmam o que Moraes, Rabelo e Salmela (2004) constataram ao investigar a influência dos pais no desenvolvimento de jovens futebolistas. Segundo os autores, os pais exercem uma grande influência sobre os filhos, uma vez que transmitem suas crenças, demonstrando aos mesmos as razões que levam o indivíduo ao sucesso no esporte e a maneira como se deve proceder para alcançar esse objetivo.

Davidson, Howe, Moore e Sloboda (1996) reforçam a influência dos pais sobre os filhos quando afirmam que quanto maior o interesse e a participação dos pais nas atividades dos filhos, melhor é o nível de desenvolvimento dos mesmos.

4.2 – Análise do Questionário WHOQOL-bref

A análise do WHOQOL-bref – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS – será realizada em quatro etapas. Na primeira será feita a análise da consistência interna do instrumento; na segunda, a análise descritiva do mesmo; na terceira, será realizada a comparação da percepção dos atletas de acordo com o gênero e na quarta e última etapa, será feita a comparação da percepção dos atletas entre o tipo de deficiência (congênita e adquirida).

É importante destacar que o instrumento WHOQOL-bref vem sendo utilizado apenas em pesquisas que avaliam a qualidade de vida de indivíduos não-atletas. As poucas pesquisas existentes relacionando o tema em questão à atletas (SGUIZZATTO; GARCEZ-LEME; CASIMIRO, 2006; MCALLISTER *et al.* 2001), foram realizadas com outros instrumentos (SF-36) e em nenhum deles a população estudada foi a de atletas de alto nível. O primeiro estudo realizado com essa população foi o de Silva (2007) que utilizou a versão completa desse instrumento (WHOQOL-100) com atletas olímpicos, ou seja, sem deficiências e que se encontram inseridos no contexto do esporte de alto rendimento. Entretanto, em se tratando de atletas com deficiência, não há relatos na literatura da utilização do WHOQOL com essa população, sendo esse o primeiro trabalho realizado com atletas paraolímpicos.

Optou-se por utilizar a versão abreviada do WHOQOL-100, uma vez que atende aos objetivos propostos por esse estudo e por entender que atletas de alto nível possuem uma rotina de treinamento intensa, possuindo, portanto, pouca disponibilidade de tempo para responder à versão completa (WHOQOL-100).

4.2.1 – Consistência interna do instrumento

A análise da consistência interna desse instrumento para o grupo de atletas de diferentes modalidades foi realizada por Fleck *et al.* (2000), em um estudo que objetivou a apresentação do teste de campo brasileiro do WHOQOL-bref. Para essa apresentação, o instrumento foi aplicado em uma amostra de 300 indivíduos em Porto Alegre, Sul do Brasil. Os resultados da análise da confiabilidade do referido estudo revelaram que o instrumento apresenta valores elevados do coeficiente *Alpha de Cronbach,* confirmando a boa consistência interna do mesmo, o que também foi verificado no presente estudo, conforme apresenta a **Tabela 4** abaixo.

TABELA 4
Consistência Interna do WHOQOL-bref – Alpha de Cronbach

Domínios	***Alpha de Cronbach***	***Número de casos***	***Número de ítens***
Físico	0,722	144	7
Psicológico	0,688	144	6
Social	0,673	144	3
Ambiental	0,762	144	8
Instrumento	0,814	144	26

Alpha de Cronbach **> 0,70**

Em uma análise geral dos índices de consistência interna do instrumento, observa-se que foi atingida consistência interna satisfatória (α=0,81). Para Pasquali (1999), os instrumentos psicométricos que apresentam um valor de consistência interna acima de 0,70 podem ser considerados como precisos e confiáveis quanto a variável que desejam mensurar. O coeficiente de *Alpha* de *Cronbach* mostra valores satisfatórios quando é calculado para as questões ou para os domínios. Quando tomados individualmente a dimensão social é a que apresenta menor valor, embora não haja muita diferença entre esta e a dimensão psicológica.

4.2.2 Análise descritiva

As **Tabelas 5** e **6** representam a freqüência das respostas relativas à primeira e segunda questões gerais, (onde os valores em **vermelho** representam as respostas de menor percentual encontrado e as de **amarelo,** as respostas de maior percentual).

A **Tabela 5** se refere à primeira questão: *"como você avalia a sua qualidade de vida?"*. A freqüência das respostas evidencia que a maioria dos atletas (60,4%) avalia sua qualidade de vida geral como sendo "*boa",* enquanto que apenas 2,1% da amostra avaliam a mesma como "*ruim"*.

TABELA 5
Freqüência de respostas do WHOQOL-bref - questão 1

Avaliação	N	%
Ruim	3	**2,1**
Nem ruim, nem boa	24	16,7
Boa	87	**60,4**
Muito boa	30	20,8
Total	144	100,0

A **Tabela 6** apresenta a freqüência de respostas em relação à segunda questão geral, ou seja, o *"quão satisfeito você está com a sua saúde?"*. Percebe-se que a maioria dos atletas (51,4%) demonstra estar "*satisfeito*" com sua saúde e apenas 5,6% indicam "*insatisfação*" e nenhum deles apresentou estar *"muito insatisfeito"* com a própria saúde. Esses resultados demonstram que a deficiência não constitui um fator de influência negativa na percepção dos mesmos, acerca da própria satisfação com a saúde.

TABELA 6
Freqüência de respostas do WHOQOL-bref – questão 2

Satisfação	N	%
Insatisfeito	8	**5,6**
Nem satisfeito, nem insatisfeito	15	10,4
Satisfeito	74	**51,4**
Muito satisfeito	47	32,6
Total	144	100,0

A **Tabela 7** apresenta as respostas relativas à percepção de Qualidade de Vida dos atletas por domínio. Dentre os quatro domínios, o Social foi o que

apresentou escore mais elevado (77,94±16,57) e o ambiental escore mais baixo (63,06±14,89).

TABELA 7
Análise descritiva e comparativa do WHOQOL-bref por domínio

Domínios	*N*	*Mínimo*	*Maximo*	*Média*	*DP*
Físico	144	29	100	70,81	14,86
Psicológico	144	25	100	77,46	13,80
Social	144	25	100	77,94	16,57
Ambiental	144	19	100	63,06	14,89
Geral	144	37	92	72,28	11,13

Esse resultado confirma o que foi verificado no estudo realizado por Bampi, Guilhem e Lima (2008) com um grupo de pessoas com lesão medular traumática, onde se constatou que o domínio que apresentou o pior escore foi o domínio ambiental. Uma vez que o domínio ambiental refere-se ao ambiente físico, como acesso aos lugares públicos, segurança física, proteção e transporte, uma possível explicação para esse resultado seria o fato de ainda hoje a arquitetura de muitas construções não serem concebidas para atender às necessidades das pessoas com deficiência. Essa não-concepção de acessibilidade, não só dificulta a locomoção desse segmento da população, mas também pode estar influenciando na sua avaliação da qualidade de vida.

4.2.3 Comparação entre gêneros

As **Tabelas 8 e 9** apresentam os resultados da comparação entre gêneros referentes às duas questões gerais do WHOQOL-bref. A **Tabela 8** se refere a primeira questão do instrumento, ou seja, *"como você avalia a sua qualidade de vida?"*. A freqüência das respostas evidencia que a maioria dos atletas do gênero masculino (n=65) avalia sua qualidade de vida como sendo "*boa*", e apenas 3 atletas avaliaram a mesma como "*ruim*". Em relação ao gênero feminino, nenhuma atleta avaliou sua qualidade de vida como *"ruim".*

TABELA 8
Comparação entre gêneros do WHOQOL-bref - questão 1

Avaliação	**Sexo**		**Total**
	Masculino	***Feminino***	
Ruim	3	0	3
Nem ruim, nem boa	14	10	24
Boa	65	22	87
Muito boa	21	9	30
Total	103	41	144

Levando-se em consideração a desproporção entre o número de atletas masculinos e femininos, pode-se dizer que não houve diferenças na percepção de qualidade de vida entre os gêneros, uma vez que, ao se realizar o Teste Qui-Quadrado, não foram encontradas diferenças estatísticas entre os gêneros (χ^2=4,394 / p=0,222).

A **Tabela 9** se refere à segunda questão do questionário WHOQOL-bref, ou seja, *"o quão satisfeito você está com a sua saúde?".* A freqüência das respostas demonstra que 50 atletas do gênero masculino se mostraram "*satisfeitos"* com a sua saúde enquanto que apenas 24 dos atletas do gênero feminino percebem dessa mesma forma. Entre os atletas masculinos, apenas 5 demonstraram estar "*insatisfeitos"* com a saúde. No que diz respeito às atletas femininas, apenas 3 delas demonstraram a mesma insatisfação. Não foram encontradas também diferenças estatísticas (χ^2=2,150 / p=0,542) entre os gêneros para a avaliação da satisfação com saúde.

Levando-se em consideração os estudos realizados por Minayo, Hartz e Buss (2000), no qual afirmam que a qualidade de vida está relacionada à satisfação das necessidades mais elementares da vida (alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer), pode-se dizer que os atletas de ambos os gêneros avaliam a saúde como *"boa"* o que, de certa forma, contribui para uma melhor percepção em relação à qualidade de vida dos mesmos.

TABELA 9
Comparação entre gêneros do WHOQOL-bref - questão 2

Avaliação	Sexo		Total
	Masculino	***Feminino***	
Insatisfeito	5	3	3
Nem satisfeito, nem insatisfeito	11	4	24
Satisfeito	50	24	87
Muito satisfeito	37	10	30
Insatisfeito	103	41	144

Foi realizada uma análise por gêneros dos domínios do WHOQOL-bref e os resultados obtidos, expostos na **Tabela 10**, mostram que o aspectos percebidos como de maior influência na qualidade de vida pelos atletas do gênero masculino foram os relacionados ao *domínio social*. Já os atletas do gênero feminino demonstram uma preocupação maior em aspectos relacionados ao *domínio psicológico.* Essas evidências também podem ser verificadas no estudo realizado por McAllister *et al.* (2001), que analisou a percepção de qualidade de vida de atletas colegiais americanos de ambos os gêneros e praticantes de várias modalidades. De acordo com os resultados desse estudo, houve diferença estatisticamente significativa quanto à percepção dos aspectos psicológicos relacionados à qualidade de vida, quando comparada à percepção de atletas masculinos e femininos, o que não foi verificado no presente estudo.

TABELA 10
Análise descritiva entre gêneros do WHOQOL-bref por domínio

Domínios	***Masculino***		***Feminino***		*Sig.*
	Média	**DP**	**Média**	**DP**	
Domínio Físico	71,91	14,85	68,02	14,71	0,188
Domínio Psicológico	77,85	13,79	**76,46**	13,94	0,434
Domínio Social	**78,89**	16,64	75,56	16,34	0,274
Domínio Ambiental	**62,51**	15,04	**64,41**	14,61	0,487
Qualidade de Vida Geral	72,78	11,20	71,02	10,98	0,345

4.2.4 Comparação por tipo de deficiência

Além da análise da qualidade de vida geral realizada entre gêneros, optou-se por fazer ainda uma comparação das percepções de qualidade de vida entre atletas com deficiência congênita e deficiência adquirida. O objetivo dessa

análise foi verificar se atletas que já nasceram com a deficiência (congênita) possuem uma percepção acerca da qualidade de vida, diferente daqueles que adquiriram a mesma ao longo da vida, uma vez que esses tiveram que aprender a lidar com algo novo, ou melhor, com as dificuldades que cada deficiência traz consigo. As **Tabelas 11 e 12** apresentam os resultados da comparação entre as deficiências relativas às duas questões gerais do WHOQOL-bref.

A **Tabela 11** se refere à primeira questão: *"como você avalia a sua qualidade de vida?".* A freqüência das respostas mostra que não há diferenças significativas (χ^2=1,073 / p=0,783) na percepção de qualidade de vida quando comparada às respostas entre atletas com deficiência congênita e atletas com deficiência adquirida. No entanto, percebe-se que a maioria dos atletas (n=86), tanto com deficiências congênitas (n=38), quanto adquiridas (n=48), avalia sua qualidade de vida como sendo boa, enquanto que apenas 3 atletas avaliam a mesma como ruim. Esses resultados demonstram que a deficiência não é, para a maioria dos atletas, um impedimento para a obtenção de uma boa qualidade de vida geral. Esse fato não foi suficiente para apontar diferenças entre os grupos (χ^2=1,073 / p=0,783).

TABELA 11
Comparação das respostas do WHOQOL-bref entre deficiências - questão 1

Avaliação	***Deficiência***		**Total**
	Congênita	**Adquirida**	
Ruim	1	2	3
Nem ruim, nem boa	9	15	24
Boa	38	48	86
Muito boa	10	19	29
Total	58	84	142

A **Tabela 12** refere-se à segunda questão do WHOQOL-bref: *"o quão satisfeito você está com a sua saúde?".* A freqüência das respostas mostra que também não há diferenças entre os atletas (χ^2=1,936 / p=0,586) quando comparada às respostas daqueles que possuem deficiência congênita dos que possuem deficiência adquirida, o que deixa claro que a origem da deficiência não interfere na percepção dos mesmos relativa à satisfação com a saúde.

TABELA 12
Comparação das respostas do WHOQOL-bref entre deficiências - questão 2

Avaliação	**Sexo**		**Total**
	Congênita	***Adquirida***	
Insatisfeito	5	3	8
Nem satisfeito, nem insatisfeito	5	10	15
Satisfeito	30	43	73
Muito satisfeito	18	28	46
Total	58	84	142

Foi realizada uma análise por deficiência (congênita ou adquirida) dos domínios do WHOQOL-bref (**tab. 13**). Os resultados obtidos mostram que os aspectos percebidos como de maior influência na qualidade de vida pelos atletas com deficiência congênita foram os do domínio ambiental, enquanto que os atletas com deficiência adquirida foram relacionados a situações do domínio físico.

TABELA 13
Comparação das respostas entre deficiências do WHOQOL-bref por domínio

Domínios	***Congênita***		***Adquirida***		***Sig.***
	MD	**DP**	**MD**	**DP**	
Domínio Físico	**67,80**	11,92	**74,05**	12,02	0,372
Domínio Psicológico	68,24	12,11	73,75	12,66	0,430
Domínio Social	72,97	11,24	70,48	10,52	0,719
Domínio Ambiental	**75,08**	12,66	**69,03**	13,65	0,388
Qualidade de Vida Geral	71,66	15,11	71,39	14,62	0,969

Esses resultados demonstram que também não houve diferenças significativas entre a percepção da qualidade de vida entre atletas com deficiência congênita e atletas com deficiência adquirida, quando comparadas às respostas por domínio. Entretanto, nota-se que o domínio percebido como de maior influência para os atletas com deficiência adquirida foi o F*ísico* (74,05±12,02) e o de menor influência, o *Ambienta*l (69,03±13,65). Quanto aos atletas com deficiência congênita, as respostas mostraram que o domínio de maior influência na qualidade de vida para esses atletas é o *Ambiental* (75,08±12,66), enquanto o que aparece como sendo de menor influência é o *Físico* (67,80±11,92).

Um aspecto interessante nessa análise seria o fato de as percepções de qualidade de vida para os tipos de deficiência terem sido invertidas, ou seja, o maior escore encontrado no grupo de deficiência Congênita (*Domínio Ambiental*) foi o menor valor encontrado no grupo de deficiência Adquirida. Em contrapartida, o escore encontrado no *Domínio Físico* (menor valor) do grupo de deficiência congênita foi o maior valor do grupo de deficiência adquirida.

Tal fato pode ser explicado uma vez que o individuo que nasce com uma deficiência ainda não conhece a prática esportiva, mas vivencia de forma aguda os aspectos relacionados com o domínio físico (limitações funcionais, níveis de energia e fadiga, dor e desconforto e sono). Assim, ele pode passar a valorizar mais os fatores ambientais, como transporte, recursos financeiros, ambiente físico dentre outros, se adaptando mais facilmente a essa sua condição. Contudo, ao se adquirir uma deficiência, o individuo passa por um período de readaptação, o que em muitos casos traz a reflexão acerca da perda de algumas funcionalidades, fazendo com que ele passe a dar maior importância aos aspectos físicos. Outro ponto importante se concentra no fato de esse individuo já ter vivenciado outras situações em sua vida diária, as quais os aspectos físicos foram mais influentes.

4.3 Análise do Questionário de Qualidade de Vida para Atletas (QQVA)

A análise do Questionário de Qualidade de Vida para Atletas - QQVA será realizada da seguinte forma: primeiro será feita a análise da consistência interna do instrumento seguida da análise descritiva do mesmo. Depois serão analisados os fatores que possuem maior influência na qualidade de vida dos atletas levando-se em consideração as respostas dadas por toda a amostra e, por último, serão feitas as comparações entre gêneros e tipo de deficiência (congênita ou adquirida).

4.3.1 Consistência interna do instrumento

Verificou-se que a consistência interna do QQVA de uma maneira geral foi igual a 0,90 (**tab. 14**). De acordo com os estudos de Kellmann e Kallus (2001) e Pasquali (1999, 2003) o índice de Alpha de um teste psicológico pode ser considerado como válido quando o seu valor final for superior a 0,70.

TABELA 14
Consistência Interna do QQVA – Alpha de Cronbach

Dimensão	***Alpha de Cronbach***	***Número de casos***	***Número de itens***
Biológica	0,839	144	11
Psicológica	0,761	144	16
Social	0,728	144	12
Instrumento	0,900	144	39

Alpha de Cronbach > 0,70

Dessa forma, o QQVA se mostra um instrumento confiável sendo, portanto indispensável a essa pesquisa, uma vez que é o primeiro instrumento com variáveis especificas para o ambiente esportivo, possibilitando identificar os principais fatores que influenciam a qualidade de vida desses atletas em ambientes de treino e competição.

Observa-se que o QQVA apresentou resultados aceitáveis nos valores da consistência interna, que corroboram com os resultados encontrados por Cunha (2006) com um grupo de jogadores de voleibol e handebol, com os de Parreiras *et al.* (2007), investigando um grupo de judocas e ainda o de Silva (2007) com atletas de alto rendimento. Para ambos os estudos, o resultado do índice *Alpha de Cronbach* apresentou valores superiores a 0,70, atestando assim, a boa consistência interna do instrumento.

4.3.2 Análise descritiva

A tabela 15 apresenta as respostas relativas à percepção de qualidade de vida dos atletas por dimensões. Verifica-se que aparentemente os indivíduos conferem o mesmo nível de influência para as três dimensões. Entretanto, a dimensão psicológica foi a que apresentou escore mais elevado (2,82±0,52) e a social, escore mais baixo (2,54±0,55). Esse resultado vem reforçar o estudo de Coimbra *et al*. (2008) que afirma que o aspecto psicológico vem ganhando cada dia mais ênfase, dentro do contexto de alto rendimento, no sentido de contribuir para a melhoria do desempenho esportivo do atleta. Esse fato demonstra a importância da psicologia do esporte na preparação de atletas de alto rendimento.

TABELA 15
Respostas por dImensões

Dimensões	*N*	*Mínimo*	*Máximo*	*Média*	*DP*
Biológica	144	0,30	4,00	2,76	0,66
Psicológica	144	0,80	4,00	2,82	0,52
Social	144	0,33	4,00	2,54	0,55

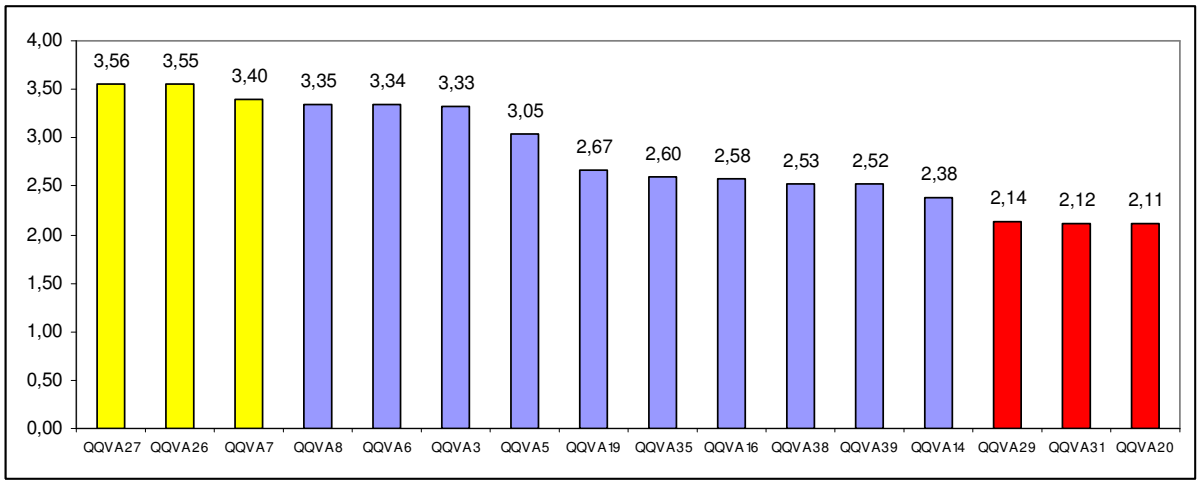
4.3.3 Análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida dos atletas nos ambientes de treino e competição

De acordo com os resultados apresentados no **Gráfico 8,** os três fatores que exercem maior influência sobre a qualidade de vida dos atletas, nos ambientes de treino e competição, são, na dimensão psicológica, "*o nível de autoconfiança"* (3,56±0,94), "*prazer nos treinamentos e competições*" (3,55±0,70) e "*sentimentos positivos*" (3,40±0,82) como alegria, satisfação e felicidade.

Esses resultados corroboram com os do estudo realizado por Silva (2007) acerca da qualidade de vida de atletas olímpicos. Nesse estudo, os atletas identificaram os sentimentos positivos como sendo uma das situações mais favorecedoras á uma boa qualidade de vida nos ambientes de treinamento e competição. Machado (2005) reforça a importância dos sentimentos positivos quando afirma que a autoconfiança fornece qualidades relevantes e significativamente positivas, como coragem, vontade e decisão, atributos indispensáveis para atletas de alto nível.

Esses resultados são confirmados também por (CHELLADURAI; RIEMER, 1997; JACKSON; CSIKSZENTIMIHALYI, 1999) através das teorias que abordam a importância da felicidade e da satisfação durante a prática esportiva.

Quanto aos fatores percebidos como de menor influência foram: "*sentimentos negativos"* (2,14±1,41), "*monotonia nos treinos e competições*" (2,12±1,20) e "*cobrança excessiva de outras pessoas*" (2,11±.1,28)



GRAFÍCO 8- Fatores que influenciam a qualidade de vida (dimensão psicológica)

Quanto à dimensão biológica, os fatores percebidos pelos atletas como os de maior influencia são, conforme apresenta o **Gráfico 9,** o "*nível de condicionamento físico*" (3,28±0,82), "*qualidade do sono*" (3,22±0,98) e "*intervalos adequados de descanso e recuperação nos treinamentos e competições*" (3,18±0,82).

Esse resultado pode ser explicado por Leehmann *et al.* (1999) que sugerem em seus estudos que uma carga excessiva de treinamento e competições, quando aliada a um tempo insuficiente de recuperação, pode causar até mesmo *overtraining* o que influenciaria significativamente na qualidade de vida dos atletas.

Confirma também os estudos de Muller e Guimarães, 2007 no qual demonstram que as perturbações no sono podem provocar alterações importantes no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida dos mesmos.

Quanto aos fatores percebidos como de menor influência destacam-se: "*o número excessivo de treinamentos e competições*" (2,37±1,34), "*as diferenças de fuso horário*" (2,08±1,27), e "*o número excessivo de viagens*" (2,02±1,26).

Esse resultado confirma o estudo realizado por Mello *et al*. (2006) que avaliou o padrão, queixas relativas ao sono, cronotipo e adaptação ao fuso horário de Sidney dos atletas brasileiros que disputaram a paraolimpíada em 2000. Foram avaliados 64 atletas e verificou-se que apenas 34,4% dos participantes, demonstraram ter alguma insatisfação com o próprio sono, enquanto que a maioria foi indiferente à questão do fuso horário. Embora a diferença de fuso horário possa

interferir na qualidade do sono dos atletas, esse fator não foi considerado como significante a ponto de influenciar a qualidade de vida dos mesmos nos ambientes de treino e competição.

Uma possível explicação para a pouca importância dada a esse fator, pode ser atribuída ao fato dos atletas, geralmente chegarem com uma certa antecedência aos locais de competição para que possam se adaptar ao novo ambiente e, conseqüentemente, minimizar as dificuldades em questão.

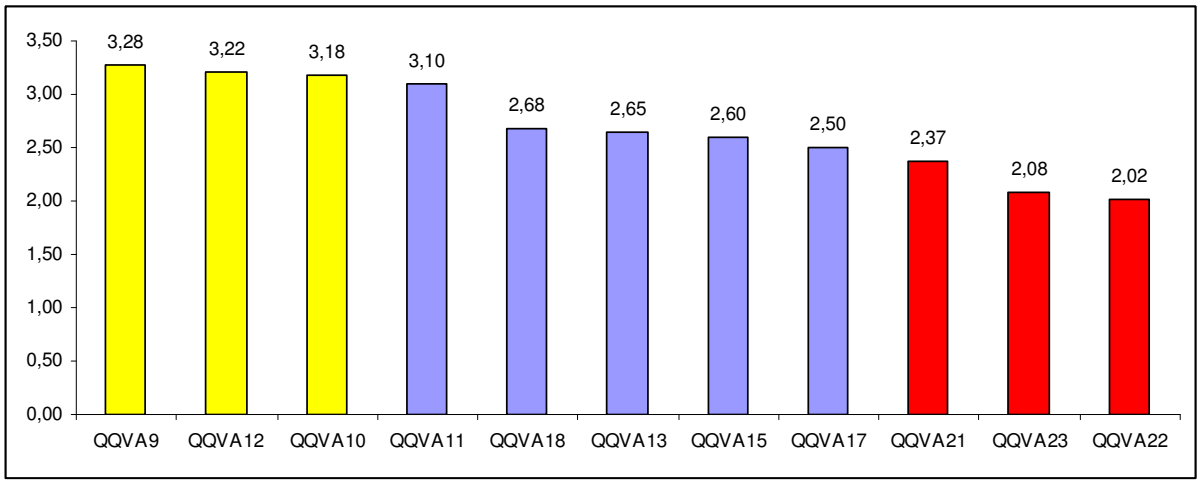


GRÁFICO 9– Fatores que influenciam a qualidade de vida (dimensão biológica)

No que se refere á dimensão social, destacam-se como fatores de maior influência nos ambientes de treino e competição, conforme apresentado no **Gráfico 10,** *"o apoio familiar"* (3,19±0,99), "*o relacionamento com o treinador, equipe técnica e dirigentes*" (3,18±0,90), bem como a "*comunicação e o entrosamento entre os membros da equipe técnica*" (2,94±1,0). Simões *et al.* (1999) reforçam esses resultados, principalmente no que tange ao apoio familiar pois, segundo eles, o incentivo dos familiares é de fundamental importância, tendo os pais o papel de incentivar a criança a praticar o esporte, mas sobretudo, dar a ela uma cooperação efetiva no sentido de contribuir para a formação da sua maturidade e prontidão esportiva. Lobo, Moraes e Nascimento (2005) enfatizam ainda mais esses resultados quando em seus estudos demonstram a importância do apoio dos pais e familiares bem como da figura do treinador. Segundo eles, este último é quem vai promover a manutenção da motivação dos atletas no treinamento e competição, orientando-os de forma a manterem o equilíbrio e evitarem a fadiga física.

Contribuindo assim para um bom equilíbrio emocional e, conseqüentemente, uma boa qualidade de vida.

Os fatores apontados como de menor influência, nessa dimensão, foram: ”*o assédio dos jornalistas*” (2,33±1,18), “*o nível sócio-econômico do atleta*” (2,28±1,17) e “*a qualidade do ambiente de treinamento e competição (barulho, poluição e clima)”* (1,47±1,26).

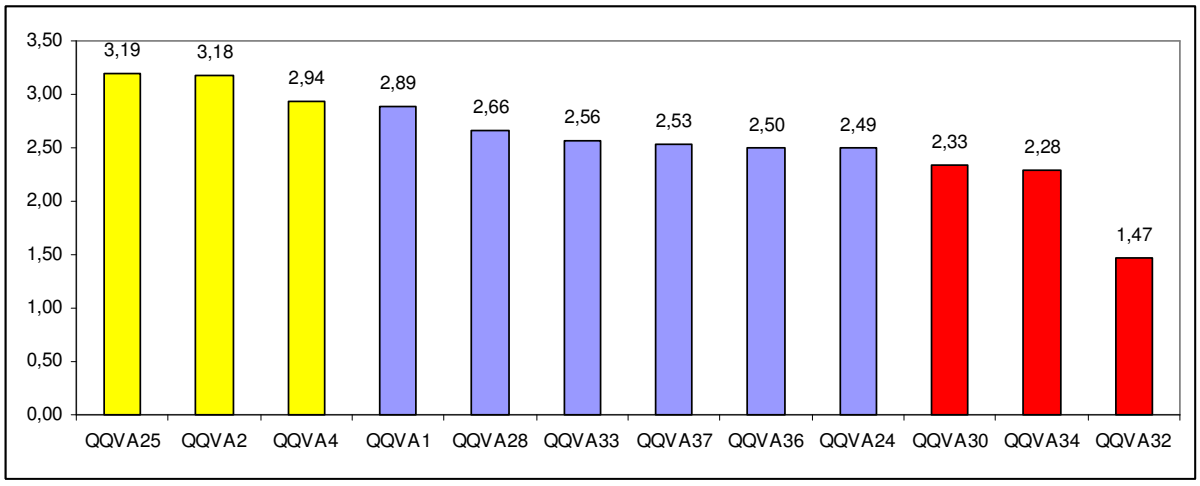


GRÁFICO 10 – Fatores que influenciam a qualidade de vida (dimensão social)

4.3.4 Comparação entre gêneros

Foram realizadas comparações entre o grupo de atletas do gênero feminino e masculino, por meio do instrumento que visa verificar a percepção dos mesmos quanto às situações que influenciam a qualidade de vida desses nos ambientes de treinamento e de competição.

Através do teste U Mann-Whitney, não foi detectada diferenças significativas entre os dois gêneros conforme verificado na **Tabela 16.**

TABELA 16
Comparação por gênero

Dimensão	***Masculino***		***Feminino***		***Sig.***
	MD	***DP***	***MD***	***DP***	
Biológica	2,73	0,63	2,82	0,73	0,266
Psicológica	2,79	0,49	2,89	0,60	0,063
Social	2,53	0,50	2,58	0,65	0,335

Esses resultados contradizem, de certa forma, os resultados encontrados no estudo de Silva (2007) que demonstram haver diferenças significativas na

percepção de qualidade de vida, nos ambientes de treino e competição entre os gêneros masculino e feminino.

4.3.5 Comparação por tipo de deficiência

A comparação por tipo de deficiência também foi realizada através do teste U Mann-Whitney, e assim como na comparação entre gêneros não foram detectadas diferenças significativas entre os atletas com deficiência congênita e adquirida, conforme exposto na **Tabela 17.** Obteve-se, em todos os casos, um p valor relativamente elevado, superior a 0,05 conforme o nível de significância adotado.

TABELA 17
Origem da Deficiência: Congênita x Adquirida

Dimensão	Congênita		Adquirida		***Sig.***
	MD	***DP***	***MD***	***DP***	
Biológica	2,78	0,67	2,72	0,65	0,555
Psicológica	2,80	0,57	2,81	0,49	0,770
Social	2,52	0,56	2,54	0,52	0,922

Esse resultado vem reforçar a idéia de que a similaridade entre a percepção dos fatores que influenciam a qualidade de vida de atletas paraolímpicos com deficiências congênitas e adquiridas estaria relacionada a idade precoce em que os paraolímpicos com deficiência adquirida, passaram a lidar com a mesma. Uma vez que a maioria dos atletas adquiriu a deficiência quando ainda criança faz com que a percepção entre ambos seja mesmo bastante similar, o que talvez não acontecesse se a maioria deles tivesse adquirido a deficiência em idades mais avançadas.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Embora algumas observações já tenham sido feitas durante a discussão dos resultados, considera-se importante a realização de algumas reflexões sobre o assunto devido à quantidade de informações coletadas e a escassez de literatura sobre o tema.

No que diz respeito à Qualidade de Vida geral dos atletas, que trata de aspectos relacionados ao dia-dia dos mesmos fora do ambiente esportivo, não foram encontradas diferenças na percepção dessa qualidade de vida, quando comparadas às respostas entre gêneros e deficiências. Esse fato demonstra que as hipóteses iniciais desse trabalho, as quais pressupunham existir diferenças entre as percepções de qualidade de vida entre gêneros e deficiências, não se confirmaram. Esses resultados contradizem os encontrados por Silva (2007) os quais encontraram diferenças significativas na percepção de Qualidade de Vida entre os gêneros. Quanto ao tipo de deficiência, uma possível explicação para essa semelhança nas percepções entre atletas com deficiência adquirida e congênita, seria o fato da maioria dos atletas ter adquirido a deficiência em idades precoces o que aproximaria significativamente a forma de perceber a Qualidade de vida de atletas com deficiências congênitas.

Quanto aos fatores que mais influenciam a qualidade de vida de atletas paraolímpicos em ambientes de treino e competição, destacam-se como os de maior influência, segundo a dimensão biológica, o “nível de condicionamento físico”, “qualidade do sono” e “intervalos adequados de descanso e recuperação nos treinamentos e competições”. No que diz respeito ao domínio psicológico, os fatores percebidos pelos atletas como mais influenciadores são: “o nível de autoconfiança”, “prazer nos treinamentos e competições” e “sentimentos positivos” como alegria, satisfação e felicidade. No que tange ao domínio social, aparecem como os fatores de maior influência, “o apoio familiar”, “o relacionamento com o treinador, equipe técnica e dirigentes”, bem como a “comunicação e o entrosamento entre os membros da equipe técnica”.

Quanto à comparação entre gêneros e tipo de deficiências não foi encontrada nenhuma diferença entre os atletas, talvez, conforme já foi mencionado

anteriormente, pelo fato do número de atletas masculinos ser muito maior do que os do gênero feminino.

Já na distribuição de atletas no que diz respeito ao tipo de deficiência, observou-se uma maior distribuição em relação ao grupo de deficiência adquirida (51%), sendo que a congênita ficou em torno de 49%. Conforme já citado anteriormente, essa indiferença na percepção da Qualidade de Vida deve ter ocorrido devido ao fato da maioria dos atletas com deficiência de origem não congênita terem adquirido a deficiência na fase inicial de suas vidas.

Com base no exposto, recomenda-se que novos estudos sejam feitos nessa área, utilizando uma amostra homogênea, tanto no que se refere ao gênero, buscando ter percentuais equivalentes de cada um, quanto no que diz respeito a deficiência.

Entretanto, sugere-se que, com relação ao tipo de deficiência, pesquisas sejam realizadas com atletas com deficiências congênita e atletas com deficiência adquiridas, mas em idades mais avançadas, ou seja, em torno de 18 anos para que se possa ver a diferença entre a percepção de quem sempre conviveu com a deficiência e de quem teve que aprender, já na fase adulta, a lidar com ela.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S; TROCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria. e Pesquisa*. Brasília, v. 20, n. 2, p.153-164, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722004000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 Maio 2008.

AMPARO, L. P. *Análise dos efeitos de um programa de intervenção psicológica nos índices de stress, ansiedade e depressão em idosos fisicamente ativos*. 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado em ducação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

ANJOS, D. R. *Elaboração e validação de um instrumento para a percepção subjetiva dos fatores estressantes de atletas com deficiência física*. 2005. 137 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ANTUNES, H. K. M. *et al.* Escores de depressão, ansiedade e qualidade de vida*,* em idosos após um programa de exercícios aeróbios. *Revista Brasileira Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 4, 2005. dez. 2005, p.266-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462005000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.> Acesso em: 14 junho 2008.

ARAUJO, P. F. de. *Desporto adaptado no Brasil:* origem, institucionalização e atualidade. Brasília: Publicações INDESP, 1998, 147 p. (Esportes para Pessoas Portadoras de Deficiência).

BAMPI, L. N. S; GUILHEM, D; LIMA, D. D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. *Revista Brasileira de Epidemologia*, São Paulo, vol. 11, n. 1, p. 67-77, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100006&lng=e&nrm=iso&tlng=e>. Acesso: 08 Jul. 2008

BARBANTI, V. J. *et al*. *Esporte e atividade física:* interação entre rendimento e saúde. Barueri, SP: Manole. 2002, 349 p.

BARROS, J. M. C. Recursos humanos no esporte de alto nível. In: SIMPÓSIO E ESPORTE: DIMENSÕES SOCIOLÓGICAS E POLÍTICAS. 1993. São Paulo. *Anais...* São Paulo: E.E.F.E. USP, Departamento de Esportes. 1993. p. 143-145.

BEE H. *A Criança em Desenvolvimento.* 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 550 p.

BENTO, J. O. Desporto, Saúde, Vida: em defesa do desporto, Porto: Livros Horizontes, 1991.

BERGER, B.G & McINMAN, A. Exercise and the quality of life. In: SINGER, R. et al. *Handbook of research on Sport Psychology*. New York: Macmillan Publishing Company, 1993. p. 729-760.

BERGER, B. G.; PARGMAN, D.; WEINBERG, R. S. *Foundations of exercise Psychology.* Morgantown USA: Fitness Information Techonology, 2007.

BETTI, M. *Educação física e sociedade: a educação física na escola brasileira de 1o. e 2o. graus*. São Paulo: Movimento, 1991. 182 p.

BRANDEN, N. *A Auto-estima*: como aprender a gostar de si mesmo. 35. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL. Ministério do Esporte e Turismo. *Política Nacional do Esporte.* Brasília: 2002. Disponível em: <http://portal.esporte.gov.br/arquivos/conselho_esporte/pol_nac_esp.pdf>. Acesso em: 15 de julho 2008. VERIFICAR

BRAZUNA, M. R.; MAUEBERG-DE CASTRO. E. A Trajetória do Atleta Portador de Deficiência Física no Esporte Adaptado de Rendimento: uma revisão da literatura. *Motriz.* Rio Claro, SP v. 7 n. 2, p. 115-123, jul-dez. 2001. Disponível em: <http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/07n2/Brazuna.pdf>. Acesso em: 08 Jul. 2008.

BURNS, R.B. *The Self-Concept*. 4rd ed. London: Longman, 1986.

CAMPBELL, A. Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, v. 31, p. 117-124, 1976. *apud* ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psic.: Teor. e Pesq*., Brasília, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2008.

CASPERSEN, Carl J., POWELL, Kenneth E., CHRISTERSON, Gregory M. Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. Public Health Reports. v.100, n. 2, p.126-131, 1985.

CASTRO, E. M. *Atividade Física Adaptada*. 2. ed. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2007. 555 p.

CHEIK, N. C. *et al*. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. Brasília: v. 11 n. 3, p. 45-52, set. 2003.

CHELLADURAI, P.; RIEMER, H. A classification of facets of athletes satisfaction. *Journal of Sport Management*. Connecticut, USA: n. 11, p. 133-159, 1997.

CIDADE, R. E. A.; FREITAS, P. S. *Introdução á Educação Física e ao Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência*. Curitiba: Ed. UFPR, 2002. p. 122.

COIMBRA, D. R. *et al.* A importância da psicologia do esporte para treinadores. *Revista Conexões.* Campinas: v:6 n: especial, 2008.

COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO – CPB. *Paraolimpíadas - Evolução* 2004. Disponível em: <www.brasilparaolimpico.org.br.>; <http://www.ipc.org.> Acesso. 03 de Maio 2008.

COSTA, A. M. Atividade Física e Esportes Para Portadores de Deficiência Física. In: SESI-DN. (Org.). *Lazer, Atividade Física e Esporte para Portadores de Deficiência*. 1 ed. Brasília: SESI - DN MINISTÉRIO DO ESPORTE E TURISMO, v. 1, 2001, p. 53-87.

COSTA, I. T.; AMORIM, P. R. S.; SAMULSKI, D. M.; COSTA, V. T.; NOCE, F. Análise dos conceitos de saúde e qualidade de vida de professores, alunos e funcionários do curso de educação física UFV: um estudo comparativo. *Revista Mineira de Educação Física.* Viçosa, v. 11, n. 1, p. 202-215, 2003.

COSTA, Maria Conceição O.; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2008.

COSTA, I. T., CUNHA, R. A., SAMULSKI, D. Análise do Conceito de Saúde e dos Fatores Motivacionais para a Prática de Atividades Físicas: estudo comparativo entre alunos, professores e funcionários do ensino superior e básico. *Revista Mineira de Educação Física,* Viçosa, v. 14, n. 1, p. 66-88, 2006.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Psicologia da felicidade*. Rio de janeiro: Saraiva, 1994.

CUNHA, R. A. *Análise da percepção de qualidade de vida de jogadores de handebol e voleibol:* uma comparação entre gêneros. 2006. 73 f. Monografia (Licenciatura e Bacharelado em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

DAVIDSON, J. W.; HOWE, M. J. A.; MORE, D. G. & SLOBODA, J. A. The role of parental inflences in the developmental of musical performance. *Britsh Journal of development psychology*. v. 14, p. 399-442, 1996.

DE ROSE JUNIOR, D. ; DESCHAMPS, Sílvia R ; KORSAKAS, Paula . Situações causadoras de stress no basquetebol de alto rendimento: fatores competitivos. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 217-229, 1999.

DEPAUW K.; GAVRON, S. *Disability and sport*. Champaingn: Human kinetics, 1995.

DIENER, E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. *95*, 542-575, 1984, *apud* ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psic.: Teor. e Pesq*. Brasília, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200008&lng=pt&nrm=iso>.

DIENER, E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. *55* (1), 34-43. 2000

DIENER, E. *Subjective well-being*. Em N. J. Smelser & P. B. Baltes (Orgs.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Oxford: Elsevier, 2001, *apud* ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psic.: Teor. e Pesq*. Brasília, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200008&lng=pt&nrm=iso>

FLECK, M. P. A. *Instrumento de avaliação em qualidade de vida:* Manual WHOQOLD. 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. Acesso em: 7 abril de 2008.

FLECK M. P. A *et al*. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo, v. 21, n.1, jan./mar. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2008.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista Saúde Pública,* São Paulo, v. 34, n. 2, abril. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Maio 2008.

FREITAS, P. S. As Múltiplas Educações: Esporte... Adaptado?!. 2003. Tese (Doutorado). Universidade Metodista de Piracicaba. UNIMEP. Piracicaba. SP. 2003. *apud* ANJOS, Dalva Rosa. *Elaboração e validação de um instrumento para a percepção subjetiva dos fatores estressantes de atletas com deficiência física.* 2005. 137 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2005.

GALINHA, I.; PAIS RIBEIRO, J. L. História e evolução do conceito de bem estar subjetivo. *Psicologia, Saúde e doenças*. Porto, v. 6 n. 2, p. 203-214, 2005.

GIANETTI, E. *Felicidade:* Diálogos sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. 232 p..

GILL, D. L. The prediction of group motor performance from individual member abilities. *Journal of Motor Behavior*, 11, p. 113-122, 1979.

GOELLNER, S. V. Mulher e esporte no Brasil: entre incentivos e interdições elas fazem história. Pensar a prática. Porto Alegre, RS, v.8, n1. 2006. Disponível em http://revistas.ufg.br/index.php/fef/article/viewFile/106/101. Acesso em: 20 de maio de 2008.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de vida e atividade física – Explorando teoria e prática. Barueri, SP: Manole, 2004.

GUEDES, D. P. Abordagens quanto às relações atividade física, aptidão física e saúde. In: MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R. *Fenômeno esportivo no início de um novo milênio*. Piracicaba, SP: Unimep, 2000. p.123-135.

GUEDES, D. P. *et al.* Atividade física habitual e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. *Revista Brasileira de ciências e movimento*, Brasília, v.10, n.1, p. 13-21, Janeiro, 2002

HACKFORT, D. Health and wellness: a sport psychology perspective. In: International Perspectives on Sports and Exercise Psychology, 1 ed. Morgantown: Fitness Information tecnology, Inc. 1994, cap 10, p. 165-183, *apud* SAMULSKI, D.; *Psicologia do Esporte*: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. Barueri: Manole, 2002. 380 p.

HACKFORT, D.; HENSCHEN, K. The Action-Theory (Handlungs-Theory) Approach in Sport Psychology. In: ISSP 11th World CONGRESS OF SPORT PSYCHOLOGY: Promotion health & performance for life. *Anais:* Sydney, 2005. CD-ROM, *apud* SILVA, Luciana Alves da. *Análise da percepção de qualidade de vida de atletas: um estudo comparativo entre modalidades.* 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2007.

INTERNATIONAL PARALYMPIC COMMITTEE – IPC. Disponível em: <http://www.paralympic.org/release/Main_Sections_Menu/index.html>. Acesso em: 02 Maio 2008

JACKSON, S. A; CSIKSZENTIMIHALYI, M. *Flow in sports.* Champaign: Human Kinetics, 1999.

KELLMANN, M.; KALLUS, K. W. *Recovery-Stress Questionnaire for Athletes: user manual.* Champaing: Human Kinetics, 2001.

KUNZ, E. Esporte e Processos Pedagógicos. In: Wagner Wei Moreira; Regina Simões. (Org.). *Fenômeno Esportivo no início de um novo milênio*. Piracicaba: UNIMEP, 2000, v. xx, p. 75-85.

LAURIOLA, R. *De eudaimonia à felicidade. Visão geral do conceito de felicidade na antiga cultura grega, com alguns vislumbres dos tempos modernos.* Maringá, 2006. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/059/59esp_lauriolapt.htm>. Acesso em: 12 Maio 2008.

LEHMANN, M. et al. Definition, types, symptoms, findings, underlining mechanisms, and frequency of overtraining and overtraining syndrome. In Lehmann, M.; FOSTER, C.; GASTMANN, U.; KEISER, H.A.; STEINACKER, J.M. (Eds.), *Overload, fatigue, performance incompetence, and regeneration in sport.* New York: Plenum. 1999. p.1-6.

LOBO, I. L. B.; MORAES, L. C. C.; NASCIMENTO, E. Processo de validação da escala de comportamento do treinador: versão atleta. Revista Brasileira de Educação Física e Esportes. São Paulo, v. 19, n3, p. 255-65, jul-set. 2005.

LINO, M. A. S. Comunicação Terapêutica. In: TEIXEIRA, M.B.; MELLO, I. M.; GRANDO, L.H.; FRAIMAN, D. de P. *Manual de enfermagem Psiquiátrica*. Rio de Janeiro e São Paulo: Atheneu, 1997.

LIPP, M. N. *Pesquisas Sobre o Stress no Brasil.* São Paulo: Papirus, 1996.

MACHADO, A. A. *Psicologia do Esporte*: da educação física escolar ao treinamento. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

MCALLISTER, D. R. *et al. Quality of Life Assessment in Elite Collegiate Athletes. American Journal Of Sports Medicine*, v. 29, n. 6, 2001.

MATTOS, E. Esportes adaptados para portadores de deficiência física: implicações e aplicações. In: SIMPÓSIO PAULISTA DE EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA, 3, 1990, São Paulo. *Anais*... São Paulo: USP, 1990. p.84-88.

MATSUDO, S. M. *et al.* Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-economico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de ciências e movimento*, Brasília, v.10 n. 4, p. 41-50, outubro, 2002

MAUERBERG-DE CASTRO, E. *Atividade Física Adaptada*. 2. ed. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2007. 555p.

MELLO, M. T *et al.* Avaliação do Padrão e das queixa relativas ao sono, cronotipo e adaptação ao fuso horário dos atletas brasileiros participantes da paraolímpiada em Sidney -2000. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v.8, n.3, p. 122-128, maio/junho, 2002.

MELLO, M. T *et al.* O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte,* Niterói, v. 11, n.3, p.203-207, maio/jun. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922005000300010&script=sci_arttext. Acesso em: 23 Maio. 2008.

MELLO, M. T. Avaliação dos atletas Paraolímpicos Brasileiros: relato de experiência (Sidney 200 e Atenas 2004). *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v. 20, p. 65-66, set. 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Revista ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, 2000.

MORAES, L. C; RABELO, A. S.; SALMELA, J. H. Papel dos pais no desenvolvimento de jovens futebolistas. *Psicologia Reflexão e crítica*. Porto Alegre, v. 17, n. 2. p. 211-222, , 2004.

MULLER, Mônica Rocha; GUIMARAES, Suely Sales. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 24, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 de junho de 2008

MUSSEN et al. *Desenvolvimento e Personalidade da criança.* São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil, 1995.

NIEDENTHAL, P. M.; BEIKE, D.R. Interrelated and isolated self-concepts. Personality review, 1(2), 106-128. 1997.

NITSCH, J. Stress: Theorien, Untersuchungen und Massnabmen. Bern/Stuttgart/Wien: Verlang Hans Huber. 1981. 683 p. *apud* SAMULSKI, D.; *Psicologia do Esporte*: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. Barueri: Manole, 2002. 380 p.

NITSCH, J. Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. 1986. *apud* SAMULSKI, D.; *Psicologia do Esporte*: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. Barueri: Manole, 2002. 380 p.

NOVAES, M. H. *Psicologia Aplicada á Reabilitação*. Rio de janeiro: Imago Editora LTDA, 1975. 132 p.

LIPP, Marilda Novais; NOVAES, Lucia Emmanuel. *Conhecer & enfrentar o stress*. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2003. 63p.

OMS (Divisão de saúde Mental) *Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida* (WHOLQOL), 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br./psiq/WHOQOL.html>. Acesso em: 02 de abril de 2008.

PARREIRAS, L. A.; SILVA, L. A.; SAMULSKI, D. M. Análise da percepção de qualidade de vida de atletas da seleção brasileira de judô. *Revista Mineira de Educação Física*. 2007 p.104-117

PASCOAL, M.; DONATO, J. C. Aspectos psicofísicos e sócio-culturas da qualidade de vida. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, v. 5, n. 6, jan./jun., 2005.

PASQUALI, L. (Org.) *Instrumentos psicológicos:* manual prático de elaboração. Brasília. DF: LabPAM/IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. *Psicometria*: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: vozes. 2003. 396p.

PEREIRA, C. A., ENGELMANN, A. Um estudo da qualidade de vida universitária no trabalho entre docentes da UFRJ. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* Rio de Janeiro, v. 45, v. ¾, p. 12-48, 1994.

RIOS, R. P. *O Fascínio do Stress*. 3. ed. Rio de Janeiro: Dunya, 1998. p. 3.

ROEDER, M. A. *Atividade Física, Saúde Mental e Qualidade de Vida*. Rio de Janeiro: Shape, 2003. 365 p.

SAMULSKI, D.; *Psicologia do Esporte*: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. Barueri: Manole, 2002. 380 p.

SAMULSKI, D. Avaliação e Preparação Psicológica dos Atletas Paraolímpicos Brasileiros rumo a Atenas 2004. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, v. 4 n 2, p. 15-102, 2004. Disponível em: http://www.fcdef.up.pt/RPCD/ arquivo/artigos soltos/vol.4 nr.2/01.pdf. Acesso em 06 jun. 2008.

SANTANA, V.H. A avaliação do autoconceito e a atividade física. 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SCHOR, N.; DINIZ, D. P. *Qualidade de vida*. Barueri, SP: Manole, 2006. 221p.

SEAMAN, J. A.; DEPAUW, S. *The new adapted physical education:* a developmental approach. Palo Alto, Califórnia: Maryfield Publishing Company.1992.

SELIGMAN, M. E. F. e CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000) *Positive Psychology: an introduction. American Psychologist*, 55(1), 5 - 14.

SELYE, H. Geschichte nd Grndzuge des Stresskonzepts. (1981) *apud* SAMULSKI, D.; *Psicologia do Esporte*: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. Barueri: Manole, 2002. 380 p.

SGUIZZATTO, G. T.; GARCEZ-LEME, L. E.; CASIMIRO, L. *Evaluation of the quality of life among elderly female athletes.* Sao Paulo Med. J., 2006, v.124, n.5, p.304-305.

SHEPHARD, R.J.. Importance of sport and exercise to quality of life and longevity. In: MOSTOFSKY, D. & ZAICHKOWSKY, L. (org.). *Medical and Psychological aspects of sports and exercise.* Morgantown: Fitness Information Technology, 2002.

SHERRILL, C. Gender concerns in integration, development and recruitment of female athletes with a disability. In: International Vista' 99 Conference. New horizons in sport for athletes with a disability. Cologne, Germany. 28 August -1 September, V 2.1999. p. 631-642.

SILVA, Luciana Alves da. *Análise da percepção de qualidade de vida de atletas: um estudo comparativo entre modalidades.* 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: 2007.

SIMÕES, Antonio Carlos. A participação dos pais na vida esportiva dos filhos. *Revista Paulista de Educação Física.* n 13 p. 34-45. São Paulo. 1999

STEFANELLO, J. M. F. *Treinamento de competências Psicológicas*: em busca da excelência esportiva. Barueri, SP: Minha Editora: Manole, 2007

TAMAYO, A.; CAMPOS, A P. M.; MATOS, D. R.; MENDES, G. R.; SANTOS, J. B.; CARVALHO, N. T. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. *Estudos de psicologia*, Natal, v.6, n.2, p.157-165, jul./dez. 2001.

TANI, G. Esporte e processos pedagógicos. In: MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R. *Fenômeno esportivo no início de um novo milênio*. Piracicaba: Unimep, 2000. p. 85-96.

TAVARES, M. C. G. C. F. *Imagem corporal*: conceito e desenvolvimento. Barueri, SP: Manole, 2003. 145 p.

The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer Verlag, p. 41-60, 1994.

VARELA, A. Desporto para as pessoas com deficiência. Expressão distinta do desporto. *Educação Especial e Reabilitação*. Lisboa, v.1, n.5/6, jun/dez.

VEENHOVEN, R. *World Database of Happiness*: Happiness in Nations, 1992. Disponível em: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/hap_nat/nat_fp.htm>. Acesso em: 22 jan. de 2008.

VEENHOVEN, R. *Qualità della Via e Felicità non Proprio la Stessa Cosa. (Quality-of-Life and Happiness: Not Quite the Same).* 2001. Disponível em: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2001e-full.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2008.

WEINBERG, R S; GOULD D. *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício.* 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001. p. 72- 89.

WEINECK, J. *Atividade física e esporte:* pra que?. São Paulo: Manole, 2003. 254 p.

WHEELER, G. D.; STEADWARD, R. D.; LEGG, D.; HUTZLER,Y.; CAMPBELL, E.& JOHNSON, *A. Personal Investment in disability sport careers*: an international study. Adapted Physical Activity Quarterly. 1999. v.16 n.3 p. 219-237.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da UFMG

	Universidade Federal de Minas Gerais *Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP*

Parecer nº. ETIC 524/07

Interessado(a): Prof. Dietmar Martin Samulski
Departamento de Esportes
EEFFTO-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 28 de novembro de 2007, o projeto de pesquisa intitulado **"Análise dos fatores que influenciam na qualidade de vida de atletas paraolímpicos em ambiente de treinamento e competição"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep31270-901 – BH-MG
Telefone: (031) 3499-4592- FAX: (031)3499-4516 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - Declaração da divulgação dos resultados

DECLARAÇÃO DE RESULTADOS

Declaramos para os devidos fins que todos os resultados obtidos no estudo intitulado "ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO", tornar-se-ão públicos, independentes de serem eles favoráveis ou não, porque a veracidade das informações deverá estar acima de quaisquer interesses.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2007.

_____
Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski
Orientador

_____
Lílian Aparecida de Macêdo Parreiras
Mestranda em Ciências do Esporte

ANEXO C- Declaração sobre o uso dos dados coletados

DECLARAÇÃO SOBRE O USO DOS DADOS COLETADOS

Declaramos para os devidos fins que todos os dados coletados no estudo intitulado "ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO" serão destinados exclusivamente à pesquisa científica, preservando a identidade dos voluntários.

Belo Horizonte, ____de _____ de 2007.

_____
Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski
Orientador

_____
Lílian Aparecida de Macedo Parreiras
Mestranda em Ciências do Esporte

ANEXO D - Termo de consentimento livre e esclarecido

Objetivo da Pesquisa:

Esta pesquisa "ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO", tem como objetivo verificar a percepção de qualidade de vida de atletas paraolímpicos, tanto em ambiente de treinamento como em ambiente de competição.

Coleta de Dados:

Amostra - Para desenvolver este projeto é necessária a colaboração de cerca de 150 atletas de ambos os gêneros, praticantes de diferentes modalidades esportivas individuais e coletivas.

Métodos de coleta - 1) Preenchimento da ficha de dados demográficos do atleta. 2) Resposta ao questionário que será aplicado individualmente. O voluntário receberá instruções prévias sobre o preenchimento do instrumento.

Local – A coleta será realizada nos locais de competições e treinamentos ou no Próprio laboratório de psicologia do Esporte – LAPES, mediante agendamento prévio.

Possíveis benefícios e riscos:

Benefícios: Ampliar o conhecimento sobre a qualidade de vida de atletas com deficiência de alto nível esportivo o que possibilitará a detecção de possíveis interferências na qualidade de vida tanto em ambiente de treinamento quanto em competição desses atletas, permitindo que se adote medidas que possam prevenir tais interferências, promovendo assim uma possível melhora na qualidade de vida nos ambientes de treinamento e competição, bem como uma conseqüente melhora no desempenho desses atletas.

Riscos: O questionário, com respostas anônimas, não apresenta nenhum risco para a integridade física e psicológica dos voluntários, sendo os mesmos orientados e supervisionados pelos pesquisadores.

Informações adicionais:

Os voluntários desse estudo dispõem de total liberdade para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir antes, durante e depois da pesquisa, procurando a pesquisadora responsável, a mestranda Lílian Aparecida de Macedo Parreiras, no endereço eletrônico liparreirasr@gmail.com e pelos telefones (0xx31) 3334-2685 (residencial) e 8791-3172 (pessoal); com o orientador da pesquisa, o Prof. Dr. Dietmar Samulski no endereço eletrônico dmsamulski@yahoo.com e/ou pelo telefone (0xx31) 3499-2331, ou por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, pelo telefone 3248-9364. Todos estão livres para recusar a participação na pesquisa, sem penalidades ou constrangimento.

Todos os dados e a identidade dos voluntários serão mantidos em sigilo. Somente o pesquisador responsável e a equipe envolvida no projeto terão acesso às informações que serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e publicação.

Não haverá qualquer forma de remuneração financeira para os voluntários. Todas as despesas relacionadas com este estudo serão de responsabilidade do Laboratório de Psicologia do Esporte – LAPES, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e da própria pesquisadora.

CONSENTIMENTO

Eu,_____, voluntariamente, aceito participar da pesquisa intitulada "ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DE ATLETAS PARAOLÍMPICOS EM AMBIENTES DE TREINAMENTO E COMPETIÇÃO", a ser realizada pela aluna Lílian Aparecida de Macedo Parreiras, do Mestrado em Educação Física da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Estou ciente das informações contidas no Formulário de Consentimento Livre e Esclarecido.

Portanto, concordo com o que foi acima citado e dou o meu consentimento.

Assinatura do Voluntário: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Local e data: _____

ANEXO E - Folha de informação acerca dos questionários

QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PARA ATLETAS
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – EEFFTO
Laboratório de Psicologia do Esporte – LAPES

Prezado (a) Atleta (a):

Nos tempos atuais, o esporte tem exigido muito dos atletas, tanto do ponto de vista físico, quanto psicológico e social. Isso pode resultar em desgastes físicos e psicológicos associados a fatores como, por exemplo, excesso de competições e de treinamentos, o que pode interferir na saúde e qualidade de vida do atleta.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de seu posicionamento na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele está inserido, levando-se em consideração seus objetivos pessoais, expectativas e preocupações.

Estes questionários têm como objetivo saber como você percebe sua qualidade de vida geral, bem como em situações do seu **TREINAMENTO** e **COMPETIÇÃO**. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida de modo geral e como atleta. Por isso, responda todas as questões, por gentileza.

Muito obrigada por sua ajuda.

_____
Prof. Dr. Dietmar Martin Samulski
Orientador

_____
Prof. Msnda. Lílian Aparecida de Macêdo Parreiras
Mestranda

ANEXO F- Questionário de Dados Demográficos

QUESTIONÁRIO DE DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Modalidade:

❒ Atletismo ❒ Basquetebol ❒ Ciclismo ❒ Futebol de 5 ❒ Futebol de 7
❒ Halterofilismo ❒ Judô ❒ Tênis em cadeira de rodas ❒ Tênis de mesa ❒ Voleibol
❒ Natação ❒ Outro: _____

Idade: _____ anos _____ meses **Sexo:** ❒ Feminino ❒ Masculino

1. Escolaridade:

1º grau ❒ completo ❒ incompleto **2º grau** ❒ completo ❒ incompleto **3º grau** ❒ completo ❒ incompleto

2. Renda familiar:

❒ Até um salário mínimo
❒ De dois a quatro salários mínimos
❒ De quatro a seis salários mínimos
❒ Acima de seis salários mínimos

3. Estado Civil:

❒ Solteiro (a)
❒ Casado (a)
❒ Separado (a)
❒ Viúvo (a)

4. Trabalha atualmente: ❒ Sim ❒ Não

5. Tem patrocínio: ❒ Sim ❒ Não

6. Deficiência:

❒ Físico-motora ❒ Mental ❒ Visual

Adquirida? ❒ Sim ❒ Não **Com que idade?** _____

7. Iniciação Esportiva (após a deficiência):

- ✓ Com que idade você **começou** a praticar esporte? _____ anos
- ✓ Com que idade você começou a **competir**? _____ anos
- ✓ Quais esportes você já praticou? _____
- ✓ Quais esportes você pratica atualmente? _____

8. Quais competições você já **PARTICIPOU**?

Competição	Nº de vezes	Competição	Nº de vezes
❒ Campeonatos Metropolitanos		❒ Campeonatos Internacionais	
❒ Campeonatos Estaduais		❒ Parapanamericano	
❒ Campeonatos Nacionais		❒Para-olimpíadas	
❒ Outras competições			

9. Quem, principalmente, o motivou a praticar esportes?

❒ Pais ❒ Irmãos ❒ Amigos ❒ Professores ❒ Técnicos ❒ Outros

10. Volume do treino:

- ✓ Quantas vezes você treina **por semana**? _____ vezes
- ✓ Quantas horas **por cada treino**? _____ horas

ANEXO G - Questionário WHOQOL-bref

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS

Instruções
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve **marcar um X** o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve **marcar um x** o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	**4**	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque um x no número que lhe parece a melhor resposta.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		MUITO INSATIFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.nada

		NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que vocêprecisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

		NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM BOM NEM RUIM	BOM	MUITO BOM
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		MUITO INSATIFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividadesdo seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	MUITO FREQUENTEMENTE	SEMPRE
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade,depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?
Você tem algum comentário sobre o questionário?

ANEXO H - Questionário de Qualidade de vida para atletas

QQVA – Questionário de Qualidade de vida para atletas

Qual o **nível de influência** dos fatores que se seguem **em sua Qualidade de Vida no ambiente de treinamento e competição ?** Marque um "X" de acordo com a seguinte legenda:

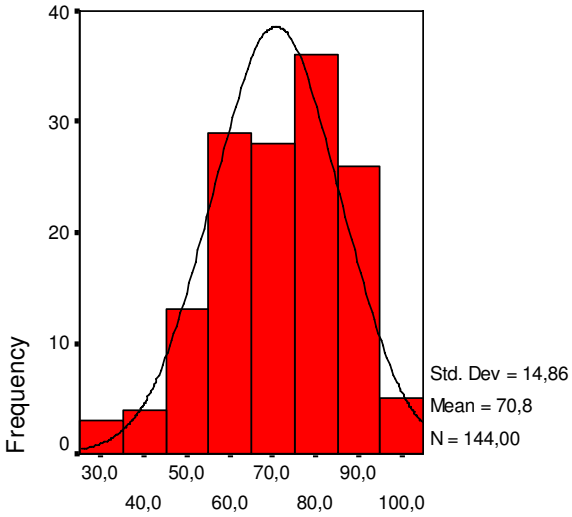
0 – **Nenhuma** influência **2** – **Moderada** influência **4** – **Total** influência
1 – **Pouca** influência **3** – **Muita** influência

	Fatores que exercem influência na qualidade de vida do atleta	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Relacionamento com os colegas					
2	Relacionamento com o treinador, equipe técnica e					
3	Nível de motivação					
4	Comunicação e entrosamento entre os membros da equipe					
5	Os comentários do treinador sobre o desempenho do atleta					
6	Nível de confiança no treinador e na equipe técnica					
7	Sentimentos positivos (alegria, satisfação, felicidade)					
8	Nível de concentração					
9	Nível de condicionamento físico					
10	Intervalos adequados de descanso e recuperação nos					
11	Qualidade da alimentação					
12	Qualidade do sono					
13	Qualidade dos serviços médico e fisioterápico					
14	Qualidade do serviço psicológico					
15	Cansaço/fadiga física					
16	Cansaço/fadiga mental					
17	Dores e desconfortos físicos					
18	Lesões					
19	Cobrança excessiva de si mesmo					
20	Cobrança excessiva de outras pessoas					
21	Número excessivo de treinamentos e competições					
22	Número excessivo de viagens					
23	Diferenças de fuso horário					
24	Participação nas decisões do treinador e equipe técnica					
25	Apoio familiar e de amigos					
26	Prazer nos treinamentos e competições					
27	Nível de autoconfiança					
28	Ter o desempenho reconhecido por outras pessoas					
29	Sentimentos negativos (mau humor, desespero, tristeza,					
30	Qualidade do ambiente de treinamento e competição					
31	Monotonia nos treinamentos e competições					
32	O assédio dos jornalistas					
33	Nível educacional e cultural do atleta					
34	Nível sócio-econômico do atleta					
35	Capacidade de relaxamento					
36	Oportunidades de atividades de lazer no tempo livre					
37	Apoio do clube ou federação/confederação					
38	Nervosismo excessivo durante a competição					
39	Ansiedade pré-competitiva					

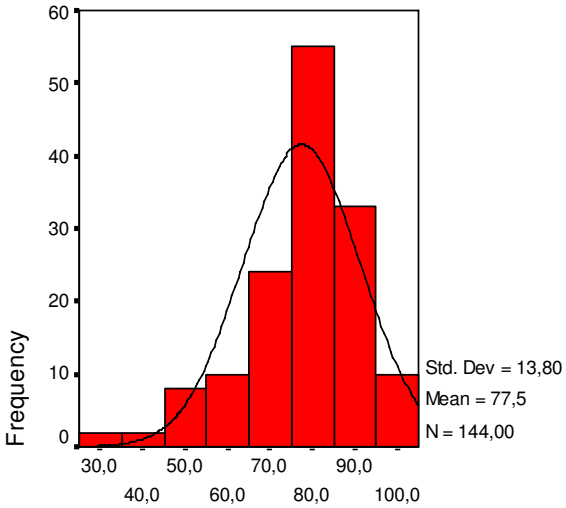
ANEXO I - Teste de Normalidade

Tests of Normality

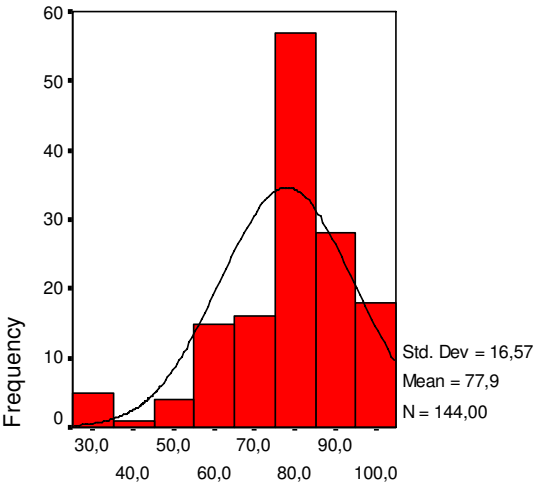
	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Domínio Físico	0,970	144	0,003
Domínio Psicologico	0,919	144	0,000
Domínio Social	0,919	144	0,000
Domínio Ambiental	0,990	144	0,385



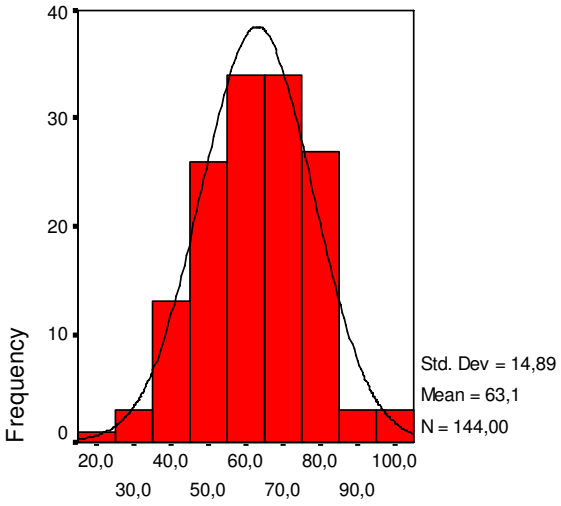
Dimensão Físico



Dimensão Psicologico



Dimensão Social



Dimensão Ambiental