UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
FABIO HARDT

QUALIDADE DE VIDA DOS PRATICANTES DE MODALIDADES PARADESPORTIVAS DA INSTITUIÇÃO OMDA

Palhoça
2011

FABIO HARDT

QUALIDADE DE VIDA DOS PRATICANTES DE MODALIDADES PARADESPORTIVAS DA INSTITUIÇÃO OMDA

Relatório de Estágio apresentado ao curso de Educação Física da Universidade do Sul de Santa Catariana como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física

Orientador: Prof. Tiago Costa Baptista, Msc.

Palhoça

2011

FABIO HARDT

QUALIDADE DE VIDA DOS PRATICANTES DE MODALIDADES PARADESPORTIVAS DA INTITUIÇÃO OMDA

Este Relatório de Estágio foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Educação Física e aprovado em sua forma final pelo curso em Educação Física da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 29 de novembro de 2011.

Professor e Orientador Tiago Costa Baptista, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Professora Fabiana de Figueiredo Ribeiro, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Professor João Geraldo Cardoso Campos, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico esse trabalho a Deus.

Obrigado meu Deus pela oportunidade de estudar. E por me dar uma família tão linda e abençoada.

Dedico também a todas as pessoas que seguem em frente, sem necessariamente utilizarem as pernas.

À minha esposa Raquel, riqueza maior da minha vida, sua paciência e apoio foram indispensáveis para a conclusão desse trabalho.

Ao meu pai Rubens exemplo de pai, obrigado pelas infinitas possibilidades.

À minha mãe Vera, pelo amor e carinho. É meu orgulho.

Aos meus irmãos: Juliana, Tiago e Gustavo pelo apoio e energia de sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador professor Tiago Costa Baptista por acreditar no meu potencial, pela oportunidade de fazer parte da família OMDA e me ajudar a conhecer mais de perto o Universo do Paradesporto, do qual eu me orgulho em fazer parte.

À professora Fabiana de Figueiredo Ribeiro que contribuiu de maneira significativa com meu trabalho. Mais do que uma professora, você se tornou uma amiga importante nessa minha jornada.

Ao professor João Geraldo Cardoso Campos pelas considerações, pelas sugestões para a realização deste estudo e pelo exemplo profissional.

Aos colegas da OMDA: Pedro, Syron, Gerson, Fran, Batatinha, Vítor, Gê, Luci, Aldo, Leco e Natal, amigos e companheiros no dia-a-dia.

Em especial à equipe de Rúgbi: Rafa, Zé, Élisson, Alcindo, Bem-Hur e Leco pelos momentos vividos e eterna amizade.

Aos meus dois queridos Evandro e Jair, vocês fazem a diferença!

Ao meu amigo Rafael Hoffmann por ter-me oportunizado um mundo diferente, instigado a ver o que a maioria das pessoas nem sequer olha, pelo apoio nos momentos mais críticos e por tantas outras coisas que passamos juntos e que ainda iremos passar.

De modo especial, a todos os colegas da graduação que contribuíram de alguma forma para que esse trabalho fosse realizado.

“Deficiente" é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.
"Louco" é quem não procura ser feliz com o que possui.
"Cego" é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.
"Surdo" é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.
"Mudo" é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.
"Paralítico" é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.
"Diabético" é quem não consegue ser doce.
"Anão" é quem não sabe deixar o amor crescer.
E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:
"Miseráveis" são todos que não conseguem falar com Deus.
"A amizade é um amor que nunca morre" **(Mário Quintana)**

RESUMO

Qualidade de vida tem sido para sociedade um dos assuntos de maior importância do comportamento humano na atualidade. No universo das pessoas com deficiência não é diferente. Este estudo teve como objetivo principal conhecer a percepção e o índice geral de qualidade de vida dos praticantes de modalidades paradesportivas da Instituição OMDA (Organização para o Movimento e o Desporto Adaptado). Participaram desse estudo, dezesseis praticantes das modalidades: Basquete sobre Rodas, Rúgbi sobre Rodas e Natação Paraolímpica. O tipo da amostra foi intencional e o instrumento deste estudo foi um questionário, que foi utilizado para avaliar a percepção de qualidade de vida dos praticantes. É uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS (Organização Mundial de Saúde). O WHOQOL-100-*bref* é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relação Social e Meio Ambiente. O conhecimento das facetas mais importantes possibilitou concluir que para os praticantes, as questões de percepção de qualidade de vida apresentaram correlação positiva significativa com a qualidade de vida. As demais variáveis que foram correlacionadas com o índice geral de qualidade de vida, como a modalidade praticada, aparência física, capacidade de locomoção, capacidade das atividades da vida diária e relações pessoais também apresentaram correlação positiva com a qualidade de vida. Conclui-se com o presente estudo, de uma forma geral, que os praticantes das modalidades paradesportivas, seja o Rúgbi, Basquete ou Natação possuem um bom índice geral de qualidade de vida e que as correlações do índice geral de qualidade de vida com as facetas apresentadas no questionário, também tiveram correlações positivas em cada uma das variáveis.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Modalidade paradesportivas.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

CBBC – Confederação Brasileira de Basquete em Cadeira de rodas

IWRF – International Wheelchair Rugby Federation

QV – Qualidade de Vida

OMDA – Organização para o Movimento e o Desporto Adaptado

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RCR – Rugbi em Cadeira de Rodas

TCE – Traumatismo Craniano Encefálico

WWOQOL – bref - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA 8
1.2 OBJETIVO GERAL 9
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9
1.4 JUSTIFICATIVA 10
2 REVISÃO DE LITERATURA 12
2.1 DEFICIÊNCIAS FÍSICAS 12
2.1.1 Lesão Medular 14
2.1.2 Paralisia Cerebral 15
2.1.3 Amputação 16
2.1.4 Acidente Vascular Cerebral (AVC) 17
2.1.5 Traumatismo Crânio - Encefálico (TCE) 18
2.1.6 Mielomeningoceli 18
2.1.7 Poliomielite 19
2.2 ESPORTES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 20
2.2.1 Basquete em Cadeira de Rodas 21
2.2.2 Rúgbi em Cadeira de Rodas 22
2.2.3 Natação Paraolímpica 24
2.3 QUALIDADE DE VIDA 25
2.3.1 A subjetividade sobre a Qualidade de Vida 26
3 MÉTODO 28
3.1 TIPO DE PESQUISA 28
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA 28
3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA 29
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 30
3.5 ANÁLISE DOS DADOS 30
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 32
4.1 PERFIL DA AMOSTRA 32
4.2 CORRELAÇÕES COM O ÍNDICE GERAL DE QUALIDADE DE VIDA 36
5 CONCLUSÃO 39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40
ANEXOS 46

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA

A Qualidade de Vida (QV) tem sido para sociedade, um dos assuntos de maior importância do comportamento humano na atualidade. A necessidade de ter hábitos saudáveis tem sido divulgada na sociedade como uma das estratégias mais adequadas de combater os transtornos causados à saúde pela forma de vida atual (SAMULSKI, 2002).

O corre-corre nas grandes cidades impossibilita essa condição na busca de uma melhor qualidade de vida. Além disso, hábitos que põem riscos à saúde estão cada vez mais presentes, seja pelo *stress*, pela alimentação inadequada ou pelo sedentarismo (SAMULSKI, 2002).

O Brasil ostenta a desprivilegiada condição de estar entre os primeiros países onde o índice de acidentes de trabalho e de trânsito são os mais altos do mundo. Grande parte desse contingente de acidentados, ao permanecerem vivos, adquire seqüelas, levando-os a um maior ou menor grau de invalidez. Esse quadro dantesco deixa de assumir um caráter puramente social e passa também a ser encarado como problema econômico, na medida de que boa parte deste grupo é assistido por instituições públicas, privadas e pela piedade popular (NOBRE, 1997).

Uma epidemia moderna atinge o mundo. Esta epidemia está intimamente ligada ao desenvolvimento humano e responde pelo nome de epidemia da violência e do trauma. Ela determina problemas irreversíveis, como a morte de suas vítimas ou situações em que não há morte imediata, mas a geração de seqüelas por vezes perenes, como é o caso das lesões medulares (BAMPI, 2007).

Em uma sociedade que valoriza as aparências, a competição e os vencedores, que se constrói padrões excludentes, ser diferente, possuir qualquer tipo de limitação, gera o estigma, isto é, a aversão de quem se considera *normal* para com aqueles que necessitam de maior tempo para realizar uma tarefa, ou compreender um processo um conteúdo (SOUZA, 1999).

Pessoas com deficiência que se encontram inseridas no contexto de esporte de rendimento têm apresentado manifestações cada vez mais significativas e direcionadas para a obtenção de bem estar e auto-estima. Além de possibilitar a recuperação e a integração social, passou-se a dar outra conotação ao esporte adaptado.

Esse fato tem permitido a esses praticantes com deficiência alcançarem níveis expressivos de resultados (SAMULSKI, 2002).

Além disso, o surgimento de novos clubes e organizações, fez aumentar o número de atletas e profissionais interessados em desenvolver estudos relacionados ao universo paradesportivo.

Neste trabalho buscou-se investigar: Qual o índice geral da qualidade de vida em suas dimensões física, psicológica, social e ambiental dos praticantes de Basquete sobre Rodas, Rúgbi sobre Rodas e Natação Paraolímpica da instituição OMDA?

1.2 OBJETIVO GERAL

Avaliar o índice geral de qualidade de vida em seus quatro domínios, em praticantes com deficiência física de três modalidades paradesportivas da instituição OMDA: Basquete sobre Rodas, Rúgbi sobre Rodas e Natação Paraolímpica.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir perfil dos indivíduos estudados em relação à modalidade paradesportiva praticada;
- Determinar a percepção subjetiva dos indivíduos estudados em relação a sua qualidade de vida;
- Determinar a percepção subjetiva dos indivíduos estudados em relação a sua saúde;
- Determinar o índice geral da QV de acordo com o WHOQOL-bref;

- Determinar os escores por domínio da QV (físico, psicológico, social e ambiental) de acordo com WHOQOL-bref;
- Correlacionar a percepção subjetiva da qualidade de vida dos indivíduos estudados com o índice geral de QV do WHOQOL-bref;
- Correlacionar a percepção subjetiva da saúde com o índice geral de QV do WHOQOL-bref;
- Correlacionar a percepção subjetiva da aparência física com o índice geral de QV do WHOQOL-bref;
- Correlacionar a percepção subjetiva da satisfação relacionada ao meio de transporte com o índice geral de QV do WHOQOL-bref;
- Correlacionar a percepção subjetiva da capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia com o índice geral de QV do WHOQOL-bref;
- Correlacionar a percepção subjetiva da satisfação com as relações pessoais com o índice geral de QV do WHOQOL-bref.

1.4 JUSTIFICATIVA

Levando-se em consideração o fato de que muitas pessoas com deficiência ainda são vistas erroneamente como incapazes e possuem uma barreira a mais em seu dia-dia que é lidar com suas limitações e visto que muitos encontram-se no contexto do esporte de rendimento, o estudo requer investigar 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 produtiva no contexto social.

Essa pesquisa torna-se relevante também no sentido de fornecer esclarecimentos acerca das relações existentes entre a qualidade de vida e os praticantes destas modalidades paradesportivas, bem como contribuir para o desenvolvimento das modalidades paraolímpicas.

Dessa forma, novas ações no campo social, educacional e esportivo poderão ser elaboradas e realizadas dentro de um contexto mais próximo das verdadeiras necessidades desta população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura foi constituída com o propósito de oferecer subsídios e informações atualizadas sobre o universo de pessoas com deficiência e peculiares condições para a prática de exercícios físicos. Além disso, tem-se por objetivo apresentar conceitos a respeito de qualidade de vida e suas dimensões. O presente estudo está restrito às modalidades paradespotivas praticadas na instituição OMDA: Basquete sobre Rodas; Rúgbi sobre Rodas e Natação Paraolímpica.

2.1 DEFICIÊNCIAS FÍSICAS

Num mundo pautado por padrões culturais que atribuem normalidade a uma série de características humanas, mas não a outras é difícil falar na deficiência como o fator de humanização. Ser “humano” no contexto cultural implica para o indivíduo reunir aquelas características eleitas como normais, ou seja, partilhadas por uma ”suposta” maioria populacional, enquanto que aqueles indivíduos marcados por características anormais seriam seres humanos de segunda categoria, quando não reduzidos a simples representantes defeituosos de uma espécie animal (CERIGNONI, 2005).

Ao longo da história, os portadores de deficiência receberam tratamento diverso em época e lugares diferentes. Na Roma antiga, essas pessoas, vistas como um mal que poderia contaminar a sociedade de seu tempo e por em risco sua sobrevivência, eram sacrificadas:

> **“**Monstros, doentes, e até gêmeos (por não ser o caso ordinário) eram sacrificados. A evolução humana, do sacrifício dos processos pelos demônios até os hospitais gratuitos de psicóticos, neuróticos e doentes, descreve uma das mais empolgantes trajetórias do pensamento. O que o princípio- da igualdade- nos diz é que o homem, salvo caso acidental, que não se conta- come. bebe, percebe, intui, sente, pensa, age, e as diferenças que ocorram não lhes atinge a unidade“ (MIRANDA, 1969 apud NIESS, 2003, p. 6).

Segundo Araújo (2003), o que define pessoas com deficiência não é a falta de um membro, nem a visão ou audição reduzidas. O que caracteriza essas pessoas é a falta de relacionar-se e integrar-se na sociedade. Ao longo de muito tempo usou-se a terminologia deficiente para as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência por acreditar-se que se tratava de um termo que causava estigma. Como alternativas, utilizava-se: pessoas portadoras de necessidades especiais, pessoas portadoras de deficiência, ou, mais recentemente, pessoas com deficiência.

De acordo com Aranha (2003), é ilusória a expectativa da semelhança entre as pessoas com deficiência e as pessoas sem deficiências, já que a diversidade é uma das principais características da humanidade, e assim, não é possível aos homens o “ser igual”. Além disso, o “ser diferente” não pode ser razão para que se decrete a menor valia de uma pessoa enquanto ser humano e ser social.

De acordo com Diniz (2007), deve-se entender deficiência como um conceito amplo e relacional. É deficiência toda e qualquer forma de desvantagem resultante da relação do corpo com lesões e a sociedade. Lesão, por sua vez engloba doenças crônicas, desvios ou traumas que, na relação com o meio ambiente, implica em restrições de habilidades consideradas comuns às pessoas com a mesma idade e sexo em cada sociedade.

Ferreira & Guimarães (2003) complementam que “O conceito de utilizado para ‘deficiência’ e sua definição passam por dimensões descritivas e por dimensões valorativas, tendo sempre um caráter histórico concreto, de acordo com um determinado momento, num contexto socioeconômico e cultural específico”. Assim o termo pessoas deficientes foi usado por meio da Declaração dos Direitos das pessoas Deficientes. Ribas (2003, p. 10) relata que:

> Surgiu a Declaração das pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembléia Geral da ONU, em 9 de dezembro de 1975 que proclama em seu artigo I*:* ‘O termo ‘pessoas deficientes’ refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais’.

Fávero (2004) sustenta que a deficiência física traduz uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, tendo como

conseqüência o comprometimento da condição física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidades congênitas ou adquiridas, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

As pessoas com deficiências físicas expressam concepções carregadas de estigmas que estão ligados à imagem e à autoestima do corpo, sendo esta uma marca definidora de identidades diferentes por não apresentar o perfil ”normal”. Passam a enfrentar o distanciamento de serem depreciados na globalidade humana, numa representação de ser deficiente, em função do “olhar do outro”. O outro foi inventado em termos de uma alteridade maléfica, de uma negativização de seu corpo, de uma robotização de sua mente [...] maléfica invenção: a construção da normalidade (SKLIAR, 2001).

2.1.1 Lesão Medular

Lesões medulares podem ser definidas como condições adquiridas, resultantes de uma lesão da vértebra e/ou dos nervos da coluna vertebral. Essas condições quase sempre estão associadas a algum grau de paralisia por causa dos danos à medula espinhal.

Em alguns casos traumáticos podem ocorrer apenas lesões ósseas na coluna, onde acontece uma fratura no corpo vertebral. Se o material da coluna não foi atingido, esse tipo de lesão não acarretará maiores seqüelas para o indivíduo (GORGATTI e COSTA, 2005).

A lesão medular é frequentemente causada por um movimento na vértebra. Quando o osso da coluna vertebral quebra ou quando os ligamentos se rompem, a medula espinhal pode ser comprometida. Algumas vezes acidentes com arma branca (faca) ou com arma de fogo podem danificar a medula sem atingir o osso. Estas lesões são chamadas de traumáticas.

A medula também pode ser lesada por doenças (causas não-traumáticas), como por exemplo, por vírus, tumores e schistossoma. A medula

espinhal não é apenas o principal condutor por meio do qual são encaminhadas as informações sensitivas e motoras entre o cérebro e o corpo, mas também é um centro regulador que controla importantes funções como a respiração, a circulação, a bexiga, os intestinos, o controle térmico e a atividade sexual. A lesão da medula pode implicar perda de movimentos voluntários e/ou sensibilidade (tátil, dolorosa e profunda) de membros superiores, inferiores ou ambos e alterações no funcionamento de diversos sistemas do organismo (LIANZA, et. al. 2001).

Existem dois termos utilizados para caracterizar uma lesão medular: a tetraplegia ou (quadriplegia) e a paraplegia.

Tetraplegia: Lesões altas, acima da T1(primeira vértebra torácica) é também caracterizada por paralisia total (completa), ou parcial dos quatro membros, do tronco, dos órgãos pélvicos e da musculatura respiratória, como resultado do trauma à coluna cervical.

Paraplegia: Lesões abaixo do primeiro segmento medular torácico, caracterizada como paralisia total (completa) ou parcial dos membros inferiores dos órgãos pélvicos e do tronco, resultante do trauma à coluna torácica, lombar ou sacral.

2.1.2 Paralisia Cerebral

Paralisia cerebral é um distúrbio de postura e movimento. A paralisia cerebral é causada por dano ao cérebro imaturo, ou seja, sempre tem inicio na infância (FINNIE, 2000).

De acordo com Gorgatti e Costa (2005), Paralisia Cerebral (PC) é uma perturbação do controle da postura e do movimento, como conseqüência de uma lesão que atinge o cérebro no período de desenvolvimento.

Segundo Winnick (2004, p. 208): “A paralisia cerebral é um grupo de sintomas incapacitantes permanentes, resultantes em danos às áreas do cérebro responsáveis pelo controle motor”.

Gorgatti e Costa (2005, p. 221) afirmam que de acordo com a localização das lesões e áreas do cérebro afetadas, as manifestações podem ser diferentes.

Cada distúrbio é classificado de acordo com alguns fatores que são citados no diagnóstico. Nesse sentido os mesmos autores pontuam:

> Classificação fisiológica (ou quanto ao tônus muscular): Rigidez; espasticidade; atetose; ataxia; tremor; hipotonia; e mista.
> Classificação topográfica: monoplegia / monoparesia (acontecimento de um único membro); hemiplegia / hemiparesia (acontecimento de um hemicorpo, apenas um lado do corpo); paraplegia / paraparesia (acontecimento do tronco e membros inferiores); diplegia / diparesia (membros inferiores mais afetados que os superiores); quadriplegia / quadriparesia (quatro membros afetados de forma semelhante); e dupla hemiplegia / dupla hemiparesia (quatro membros afetados, sendo um hemicorpo mais afetado).
> Classificação quanto ao grau de acontecimento: leve; moderada; e grave.
> Classificação neuroanatômica: piramidal (espástica) – lesão das fibras eferentes que vão do córtex aos membros. Resulta em paralisia espástica; extrapiramidal (atetose) – lesão de outra área que não a das fibras eferentes. Geralmente assume-se que ocorre nos gânglios da base. Resulta em movimentos discinéticos; cerebelar (ataxia) – lesão no cerebelo. Chamado de “pequeno cérebro”, sua função é coordenar os movimentos, dar sensação de posição no espaço e manter o equilíbrio.

2.1.3 Amputação

A amputação de membros são tão antigas quanto a própria humanidade. A evidência mais antiga de amputação é um crânio humano de 45 mil anos, com dentes desgastados e alinhados, que indica a presença de membros superiores amputados (CARVALHO, 2003).

As amputações sempre estiveram associadas às guerras na História do homem. Foi a cirurgia mais realizada durante a Guerra Civil Americana. Até a Primeira Guerra Mundial, o conceito de um bom coto de amputação era um coto mais cônico, sem preocupação com a musculatura. As desarticulações eram pouco indicadas, por não haver solução protética naquela época (GORGATTI e COSTA, 2005) O membro residual de amputação é denominado coto. Segundo Carvalho (2003), o coto de amputação, agora considerado como um novo membro é responsável pelo controle da prótese durante o ortostatismo e deambulação.

Podemos definir o termo amputação como sendo a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro. Para os pacientes menos esclarecidos, o termo “amputação” está relacionado com terror, derrota e mutilação, trazendo, de

forma implícita, uma analogia com a incapacidade e a dependência (CARVALHO, 2003).

O termo amputação designa a perda de um membro inteiro ou de um segmento específico do membro. As amputações podem ser classificadas como adquiridas ou congênitas: amputações adquiridas podem resultar de doença, tumor ou trauma; as congênitas ocorrem quando o feto não se desenvolve corretamente nos três primeiros meses de gestação (WINNICK, 2004).

2.1.4 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O termo AVC (Acidente Vascular Cerebral ou derrame) designa um dano no tecido cerebral, decorrente de problemas causados pela má circulação sanguínea. O AVC pode causar danos severos à área do cérebro que controla as funções vitais. Essas funções podem envolver capacidade motora, controle motor, sensibilidade e percepção, comunicação, emoções e consciência, entre os outros (WINNICK, 2004). Segundo Gorgatti e Costa (2005), o acidente vascular cerebral (AVC) refere-se à lesão de uma área cerebral causada pela interrupção da circulação sanguínea. As lesões podem atingir qualquer área do cérebro, inclusive as áreas vitais, causando um “ataque”.

O Acidente Vascular Cerebral pode ser definido como déficit neurológico focal súbito devido à uma lesão vascular. O termo evoluiu ao longo das últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias (ANDRÉ, 2006). Uma vez ocorrido o AVC, os quadros motores assemelham-se ao da paralisia cerebral na classificação topográfica. O quadro mais comum é da hemiplegia em graus variados. Porém outras variações secundárias podem ocorrer como incontinência urinária e intestinal; perda parcial da memória; problemas psicológicos, geralmente depressão e instabilidade emocional; hemianópsia, a perda de campos visuais; problemas perceptivos e proprioceptivos do lado afetado.

2.1.5 Traumatismo Crânio - Encefálico (TCE)

O traumatismo crânio-encefálico designa uma lesão cerebral que pode reduzir ou alterar o estado de consciência, e provoca comprometimento das funções físicas, cognitivas, sociais, comportamentais e emocionais (WINNICK, 2004).

Para Gorgatti e Costa (2005) trata-se de um problema cerebral causado por traumatismo ocorrido na cabeça (crânio). Pode produzir diminuição ou alteração do estado de consciência e resulta em limitações do funcionamento motor cognitivo, social, comportamental e emocional. Em relação às limitações motoras, podemos citar a falta de coordenação, de planejamento e de seqüenciamento dos movimentos, a espasticidade muscular, os problemas de fala, as paralisias, as convolações, e uma série de alterações perceptivas e sensoriais.

O traumatismo crânio-encefálico (TCE) é uma lesão no encéfalo, causada por uma força física externa que pode provocar comprometimento do funcionamento físico, alteração da consciência, das habilidades cognitivas, do funcionamento comportamental e emocional do indivíduo (SMITH & WINKLER, 1994).

Segundo Camargo (2003), as principais causas do TCE na infância são abusos físicos, quedas, acidentes automobilísticos e atropelamentos. As atividades esportivas são as principais causas de TCE na adolescência e nos idosos são as quedas, com alto índice de mortalidade devido às complicações clínicas.

Conforme o mesmo autor, as pessoas acometidas por um TCE apresentam conseqüências muito diferentes entre si. Isso acontece porque a lesão de cada uma atinge lugares específicos do encéfalo, sendo que cada região afetada determinará a intensidade e a gravidade das conseqüências.

Dessa maneira o TCE pode ser classificado como leve, moderado ou grave.

2.1.6 Mielomeningoceli

A Mielomenigoceli é a forma mais grave, e infelizmente, mais comum de espinha bífida. A espinha bífida é um defeito congênito em que o tubo neural se

fecha completamente durante as quatro primeiras semanas de desenvolvimento fetal. Consequentemente, o arco posterior de uma ou mais vértebras não se desenvolve de forma adequada, deixando uma abertura na coluna vertebral. Nessa condição, o revestimento da medula espinhal (as meninges), o líquor e parte da medula se protraem pela abertura, formando um saco visível nas costas da criança. Um certo grau de dano neurológico e a conseqüente perda da função estão sempre associados à essa forma de espinha bífida (WINNICK, 2004).

A espinha bífida caracteriza-se por formação incompleta das estruturas que protegem a medula espinhal e por fechamento inapropriado dos ossos da coluna, podendo apresentar-se sob as formas abertas e ocultas, com ou sem envolvimento neurológico. Os tipos mais comuns são a mielomenigoceli e a meningoceli, que são formas abertas de espinha bífida, e podem resultar em graves seqüelas neurológicas, sendo sua incidência de 0,5 a 0,8 por mil nascimentos (American College of Obstetrician and Gynecologist, 1986, apud REQUEIJO, 2008).

A espinha oculta é observada quando a pele recobre o defeito, podendo vir associada a estigmas cutâneos que indicam o disrafismo como lipomas, tufos de pêlos, fossetas sacrococcígeas, alterações no suco glúteo, apêndice cutâneo, dentre outros menos comuns, e acredita-se que 5 a 10 % da população possa ser portadora de algum grau de espinha bífida oculta, coberta por pele íntegra (REQUEIJO, 2008).

2.1.7 Poliomielite

O vírus da poliomielite incide sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), comprometendo uma de suas principais funções, que é enviar estímulos nervosos aos músculos (GUYTON, 1988 e WINNICK, 2000). É uma doença infecto-contagiosa, que causa inflamação da substância cinzenta da medula espinhal provocando uma atrofia muscular, principalmente de membros inferiores. As maiores seqüelas são percebidas na flacidez muscular, atrofia de nervos, perturbações no metabolismo e fragilidade óssea. Isso acontece porque o vírus responsável pela infecção, geralmente do grupo polio-vírus, entra na corrente sangüínea e atinge um

grupo especial de neurônios, situados na medula espinhal, chamados motoneurônios (MILLER, 1995).

A poliomielite é uma síndrome clínica cujos agentes etiológicos são anterovírus. Caracteriza-se por apresentar um quadro febril agudo, seguido de deficiência motora de intensidade variável, assimétrica, flácida, sem alteração da sensibilidade. Raramente, o paciente pode apresentar distúrbios circulatórios e respiratórios. Do ponto de vista anato-patológico, o dano mais intenso é observado em neurônios da medula espinhal e do bulbo (PALLANSCH, 2001; apud CONDE, 2007).

2.2 ESPORTES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O esporte é o lado luminoso do Brasil. O esporte salva vidas, reduz a incidência de alcoolismo, do uso de drogas, tira os jovens do triste caminho da morte e da falta de perspectiva. E também faz muito pela vida das pessoas com deficiência (MOSQUERA, 2000).

Conforme Gorgatti e Costa (2005), o paradesporto melhora a aptidão física, ganha-se independência e autoconfiança para realização de tarefas diárias. Além de uma melhora do autoconceito e da auto-estima.

De acordo com Winnick (2004, p. 6),

> Esporte adaptado designa o esporte modificado ou criado para suprir as necessidades especiais das pessoas com deficiência. Após a Primeira Guerra Mundial foram realizados exercícios terapêuticos em soldados americanos com amputações ou paraplegia, dando origem aos primeiros trabalhos realizados em cadeiras de rodas, voltado ao esporte.

Adams et. al. (1985) comentam que foram criados centros de convalescença e reabilitação para amputados, paraplégicos e outros, com deficiências maiores, tornaram-se populares.

No Brasil, a prática esportiva entre pessoas com deficiência teve início só na década de 50, por iniciativa de Róbson 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 & FREITAS, 2002).

Segundo Gorgatti e Costa (2005), o esporte para pessoas com algum tipo de deficiência iniciou-se como uma tentativa de colaborar no processo terapêutico das mesmas e logo cresceu e ganhou muitos adeptos. Atualmente, mais do que terapia, o esporte para essa população caminha para o alto rendimento e o índice geral técnico dos atletas impressiona cada vez mais o público e os estudiosos da área da atividade física.

2.2.1 Basquete em Cadeira de Rodas

O basquete em cadeira de rodas é a modalidade paraolímpica mais praticada por pessoas com deficiência. Essa modalidade proporciona ao praticante condições de aumentar seu repertório de movimento.

Potrich e Dielh (1996) definem o basquete como sendo um desporto que exige uma técnica apurada e um bom condicionamento físico, raciocínio e movimentos rápidos. Além desses aspectos, o jogador de basquete sobre rodas deve ter habilidade na cadeira de rodas.

O basquete em cadeira de rodas segue os mesmos princípios do basquete convencional, mas, conforme Potrich e Dielh (1996) existem algumas peculiaridades que modificam as táticas e estratégia de jogo.

De acordo com esses autores, a disputa de bolas individuais são mais acentuadas, embora as dimensões das cadeiras de rodas possibilitem maior espaço para defesa, tornando o jogo mais defensivo. No desenvolvimento do jogo, os momentos sem bola são muito importantes, pois o jogador bem posicionado aumenta as chances de um ataque de sucesso.

No Brasil, é uma das modalidades adaptadas mais difundidas e praticadas por indivíduos lesados medulares, amputados e com seqüela de poliomielite. Há atualmente vários clubes de basquetebol em cadeira de rodas no Brasil, filiados à CBBC (Confederação Brasileira de Basquetebol em Cadeira de Rodas), ou às ligas regionais. As regras do basquetebol convencional foram muito pouco modificadas, exceto no que diz respeito à presença da cadeira de rodas (GORGATTI e COSTA,

2005). Já Winnick (2004) relata que o basquetebol é uma atividade bastante praticada, tanto nos programas de educação física como no de esporte. Envolve as habilidades de correr, saltar, arremessar, passar e driblar. A variação ou modificação das habilidades, das regras ou do equipamento pode possibilitar a participação efetiva das pessoas com deficiência no jogo.

O basquetebol também é o esporte oficial da Associação Atlética dos Anões da América, tendo como única modificação o uso de uma bola ligeiramente menor (WINNICK, 2004).

2.2.2 Rúgbi em Cadeira de Rodas

O Rúgbi em cadeira de rodas (conhecido nos Estados Unidos como *quad rugby)*, originalmente denominado *murderball*, foi desenvolvido no final da década de 1970 por atletas em cadeira de rodas de Manitoba, no Canadá.

O esporte foi introduzido nos Estados Unidos em 1981, e rapidamente tornou-se conhecido. Winnick (2004) coloca que, em 1990, o Rúgbi em cadeira de rodas foi apresentado como modalidade de demonstração nos Jogos Mundiais em Cadeira de Rodas e em 1993, com 15 equipes de países diferentes, foi reconhecido oficialmente como esporte internacional para pessoas com deficiência física. Nesse mesmo ano a Federação Internacional de Rúgbi em Cadeira de Rodas – International Wheelchair Rugby Federation (IWRF) – foi criada e reconhecida pela Federação Internacional de Esportes em Cadeira de Rodas de Stoke Mandeville – International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation (ISMWSF). Em 1994 o Rúgbi em cadeira de rodas foi oficialmente reconhecido pelo Comitê Paraolímpico Internacional como uma modalidade Paraolímpica (CAMPANA, 2010).

O RCR é um esporte que foi criado para possibilitar que pessoas com lesão medular acima ou no segmento T1 (tetraplegia) pudessem praticar uma modalidade esportiva coletiva de forma efetiva (CAMPANA, 2010).

Inicialmente o RCR (Rúgbi em Cadeira de Rodas) era praticado unicamente por tetraplégicos, mas aos poucos isso foi mudando, e hoje pessoas, com quadros equivalentes à tetraplegia também podem jogar. Os quadros

equivalentes à tetraplegia são as amputações ou deformidades nos quatro membros do corpo, algumas sequelas de poliomielite, alguns caso de paralisia cerebral, artrogripose múltipla congênita e alguns quadros deformantes congênitos, entre outros (CAMPANA, 2010).

A classificação esportiva é dividida em sete classes (0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0 e 3.5). Os atletas tipicamente de defesa são aqueles que recebem classificação esportiva entre 0.5 e 1.5 e os atletas tipicamente de ataque são aqueles que têm classificação esportiva entre 2.0 e 3.5. (CAMPANA, 2010).

O mesmo autor destaca que para jogar RCR o sujeito precisa passar por uma banca examinadora e ter um quadro de tetraplegia também chamado de quadriplegia ou ter um quadro equivalente. A tetraplegia é caracterizada pela perda ou diminuição das funções dos quatro membros do corpo, assim como em seu tronco. Os quadros equivalentes à tetraplegia devem afetar os quatro membros do corpo e podem ser em decorrência de alterações neurológicas (como alguns casos de paralisia cerebral), de seqüelas de doenças (como a poliomelite e tumores), por trauma e amputações e por má formações congênitas. Casos de tetra-equivalência, nos quais o sujeito possui condição neurológica não caracterizada como tetraplegia associada à uma condição traumática, como a perda de um braço devido à um acidente, não são aceitos para a prática esportiva do RCR em competições oficiais, porém isso não pose ser fator de impedimento para que o sujeito pratique o esporte recreativamente.

Ainda Campana (2010, p. 88) enfatiza:

> O praticante de RCR deve, então, ter um bom condicionamento físico para suportar o esforço durante o jogo, sem que ocorram lesões em seus membros superiores. Deve também ter um ótimo controle na condução de sua cadeira, além de possuir um bom domínio de bola e dos fundamentos técnicos e táticos para conduzi-la até o gol.

Como visto aqui, o esporte adaptado no Brasil, mesmo recente e carente de publicações específicas, já conquistou um lugar de destaque mundial, ainda que tendo pouco tempo de existência no país. Esse crescimento e reconhecimento, para continuarem a ocorrer, devem ser embasados em dados e estudos criteriosos para fomentar seu contínuo desenvolvimento (CAMPANA, 2010).

2.2.3 Natação Paraolímpica

Nadar é locomover-se na água sob todas as formas. É o que qualquer indivíduo pode desenvolver dentro da piscina para o seu bem estar. Consideramos que um indivíduo nada, quando este entra na piscina, movimenta-se e sai da água sem auxílio. Para nadar não é necessário executar os quatro estilos, basta movimentar-se na água (SOUZA, 1999).

Para Gutierres (2003), quando se consegue fazer o meio aquático ser um ambiente facilitador e não limitador, a fusão de acontecimentos concretos e criativos com as coisas e/ou situações encontradas é exteriorizada com mais facilidade, autenticidade e espontaneidade pelas pessoas com deficiência, por meio de suas expressividades motoras. Se esse ambiente aquático for considerado facilitador, as pessoas com deficiência sentir-se-ão mais seguras e confiantes para ir em busca de novos desafios, conquistas e descobertas.

Velasco (1994) acrescenta que nadar é uma atividade que deve proporcionar em primeiro lugar prazer; por ser um ambiente facilitador e poder ajudar no desenvolvimento integral do aluno; bem como produzir boas experiências e não algo frustrante.

A água pode ser um meio extremamente liberador e reflexivo para a exploração de diversas posições do corpo na água. Possui propriedades excitantes e incomuns. Por exemplo, a capacidade de flutuar permite sentir o máximo de ausência do peso corporal possível. A fluidez possibilita obter sensações singurlamente agradáveis (CORDEIRO, 2010).

Cordeiro (2010) aborda ainda que a água possui propriedades físicas que alteram a posição do corpo no meio, dependendo do movimento que cada um realiza, além das sensações causadas pela ação da gravidade, da temperatura e da turbulência. O corpo imerso ao meio líquido está em estado de rompimento do equilíbrio. Neste caso, o indivíduo descobre diferentes formas de flutuar, deslizar e respirar.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa, e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resulta numa rede de fenômenos e situações que abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Em geral, associam-se a essa expressão fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Num sentido mais amplo, qualidade de vida pode ser uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais (NAHAS, 2001).

De acordo com Bampi (2007 apud Tamaki, 2000, p. 70) “qualidade de vida pode ser definida como a satisfação das necessidades individuais. O bem- estar provocado pela satisfação das próprias necessidades definiria a qualidade de vida do indivíduo e a soma de bem-estar de todos os indivíduos constituiria a qualidade de vida da população”. Segundo a autora, esta definição permitiria a existência de situações em que o indivíduo que, pelas mais variadas razões, não teve acesso à educação, ao conhecimento e à informação, possa considerar-se feliz dentro da sua pobreza de conhecimento. No entanto, a operacionalização de tal conceito traz à tona a questão das desigualdades sociais.

Para Manns e Chad (1999), a qualidade de vida refere-se à satisfação do indivíduo em vários domínios da vida, incluindo condições de saúde, relacionamentos pessoais, funções físicas, psíquicas, sociais, assim como a satisfação com a situação de moradia e socioeconômica.

Lembrando sempre que a pessoa portadora de deficiência física não precisa de muito mais do que qualquer pessoa dita normal para poder viver com dignidade e assim desenvolver todos os aspectos referentes à sua percepção de qualidade de vida (BAPTISTA, 2003).

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 seu

cotidiano. Envolvendo, portanto, temas como saúde, educação, transporte, moradia trabalho e participação em grandes decisões, que podem, de certa forma, afetar a sua interação com o mundo.

A quantificação da qualidade de vida é uma missão difícil, e tentar definir padrões para se estabelecer níveis ótimos é redundante. Talvez seja melhor direcionar a atenção para os fatores sócio-ambientais, hereditários e do estilo de vida da população, informando e fomentando a disseminação de hábitos saudáveis no âmbito físico, psicológico, emocional, social, laboral e espiritual. (BAPTISTA, 2003)

Minayo, Hartz e Buss (2000) 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 de qualidade de vida será influenciada pelos valores pessoais de cada indivíduo a partir de seus desejos, expectativas e a cultura na qual está inserido. Para esses autores, a concepção de qualidade de vida inclui o amor, a liberdade, a solidariedade, a interação social, a realização pessoal e a felicidade.

No caso das pessoas portadoras de deficiência física a qualidade de vida independe do índice geral de limitação. Se forem dadas condições mínimas para que esta pessoa se desenvolva e aprenda a conviver com sua condição física as possibilidades de vida com um índice geral ótimo de qualidade de vida não tem limite. Talvez, no caso destas pessoas especiais, alguns aspectos intervenientes na qualidade de vida devam receber maior atenção para que haja um equilíbrio em relação a outros aspectos que se tornam mais complicados em função da limitação física (BAPTISTA, 2003).

2.3.1 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 tem uma vida satisfatória. Entende-se que por esse conceito cada pessoa é capaz de 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.

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, integrando-se neste elemento a moradia, o transporte, a alimentação, o lazer, a satisfação/realização profissional, a vida sexual e amorosa, o relacionamento com as outras pessoas, a liberdade, a autonomia e a segurança financeira".

Shephard (2002) complementa esse conceito de qualidade de vida total quando afirma ser esta influenciada pela percepção pessoal de uma série de fatores, como funções físicas (capacidade de locomoção e auto-cuidado), funções intelectuais e emocionais preservadas, oportunidade de contatos sociais, proximidade da família (enquanto suporte social), e sentimentos de conforto, bem-estar e ausência de doenças.

Berger, Pargman e Weinberg (2007) conceituam qualidade de vida como sendo uma avaliação da pessoa sobre a sua própria vida como um todo. Para os autores, 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 e a maneira de como percebe o ambiente no qual está inserido.

De certa forma, todos os conceitos expostos acima vão de encontro ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual servirá de referência para esse 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 que ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (THE WHOQOL GROUP, 1994).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo, quanto à sua natureza, caracteriza-se como uma pesquisa aplicada, onde, de acordo com Thomas e Nelson (2002), tende a remeter aos problemas imediatos, oferecendo assim, resultados de valor imediato, utilizando os chamados ambientes do mundo real, ou seja, utilizando os sujeitos e tendo o controle limitado sobre o ambiente de pesquisa.

Em relação à abordagem do problema o estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa. Para Minatto, Fares, Santos e Silva (2011), a abordagem quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

Quanto aos objetivos, classifica-se como descritiva. Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento das relações entre variáveis.

Por último, quanto aos procedimentos técnicos, o estudo enquadra-se como uma pesquisa empírica, descritiva do tipo estudo de caso. Esse tipo de pesquisa, segundo Gil (2002), consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O tipo da amostra foi intencional, tendo como participantes dessa pesquisa 16 praticantes das modalidades paradesportivas da instituição OMDA com deficiências físicas, congênitas e adquiridas, compreendendo os amputados de membros inferiores e/ou superiores, paraplégicos e tetraplégicos, pessoas com más formações congênitas, poliomielite e paralisia cerebral. Ainda contendo um atleta cego e outro com deficiência intelectual.

3.3 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento de pesquisa deste estudo foi um questionário, utilizado para avaliar a percepção de qualidade de vida dos praticantes. 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 e outros em 1999 (FLECK et. al., 2011).

A versão abreviada do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref) foi construída pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, com base no Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), com objetivo de dispor de instrumentos curtos para avaliação da qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional e que demandem pouco tempo para o seu preenchimento. A tradução e os testes de validade e fidedignidade para a versão em português do WHOQOL-bref foram realizadas por Fleck e outros em 2001 (FLECK et. al. 2011).

O WHOQOL-bref é composto por quatro (4) domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) totalizando vinte e seis (26) questões de múltipla escolha de estimação ou avaliação, com uma escala que vai de um (1) a cinco (5). Das vinte e seis (26) questões presentes no instrumento, duas (2) são gerais e as outras vinte e quatro (24) questões representam cada uma das vinte e quatro (24) facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100).

Como comentado anteriormente, o WHOQOL-bref possui quatro (4) domínios, dois (2) a menos que o instrumento original WHOQOL-100, porém continua representativo em todas as facetas. A grande diferença entre os dois questionários é que o WHOQOL-100 avalia as vinte e quatro (24) facetas através de quatro (4) perguntas, enquanto que o WHOQOL-bref avalia as vinte e quatro (24) facetas através de uma (1) pergunta.

A análise do WHOQOL-bref Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, foi realizada em três etapas. Na primeira foi feita avaliação do índice geral de qualidade de vida em seus quatro domínios, em todos os praticantes da Instituição OMDA; na segunda, foi verificado se existe correlação na modalidade paradesportiva praticada e o índice geral de qualidade de vida das pessoas com

deficiência e na terceira e última etapa foi correlacionado o índice geral de qualidade de vida, com cada uma das quatro facetas que compõem o instrumento.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Depois da escolha dos indivíduos, o pesquisador entregou a Declaração de Ciência e Concordância entre Instituições para assinatura de ratificação de cientes e concordância com o desenvolvimento da pesquisa, seguindo para a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul, a fim de obter seu parecer.

Após submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa e o contato com os gestores ou responsáveis pelas instituições envolvidas, foi agendado data e hora para a aplicação do questionário. A coleta foi realizada na segunda quinzena do mês de outubro de 2011.

Os envolvidos foram informados que se por qualquer motivo não quisessem participar da pesquisa ou que se durante a aplicação do questionário, sentissem qualquer incômodo, poderiam retirar-se a qualquer momento. Ainda foram explicados os objetivos e os procedimentos da pesquisa aos indivíduos, e também entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os sujeitos participantes da pesquisa assinarem, afirmando que estavam de acordo em participar.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em um banco de dados digital, dentro de uma planilha do programa Excel. Os sujeitos foram identificados através de números. Para a análise, foi realizada estatística descritiva e os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas. A correlação utilizada para descrever foi de forma linear de dois dados quantitativos (variável discreta ou contínua) (BARBETTA, 2005).

A transcrição textual da sintaxe do WHOQOL-bref apresenta-se da seguinte forma:

"- É verificado se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;

- Invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida;

- Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média da "n" questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20;

- Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100;

- Os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais do que seis questões (80% do total de questões do instrumento) serão excluídos da amostra.

(...)

É permitido ao pesquisador copiar os escores individuais de cada respondente, resultados da estatística descritiva e gráficos. É mantida a restrição que não permite a modificação dos resultados, sendo que a única área em que é permitida a inserção e edição de valores é a área de tabulação das respostas dos respondentes.

Tal qual a ferramenta proposta por Pedroso, Pilatti e Reis (2009), esta fora testada em diferentes versões do software Microsoft Office (2000, XP, 2003 e 2007). Foram realizadas, também, simulações com dados reais de aplicações do WHOQOL-bref, comparando os resultados obtidos através da ferramenta proposta com os obtidos no SPSS. Não houve divergência nos resultados retornados por ambos os softwares" (PEDROSO et al., 2011).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DA AMOSTRA

A amostra foi não probabilística por conveniência (ou acidental), pois foi formada por aqueles casos ou elementos que foram aparecendo e que foram possíveis de obter até que a amostragem atingisse um determinado tamanho. Esta foi composta por 16 praticantes de modalidades paradesportivas diferentes. A distribuição dos esportes praticados pela população estudada pode ser visualizada na **Gráfico1:**

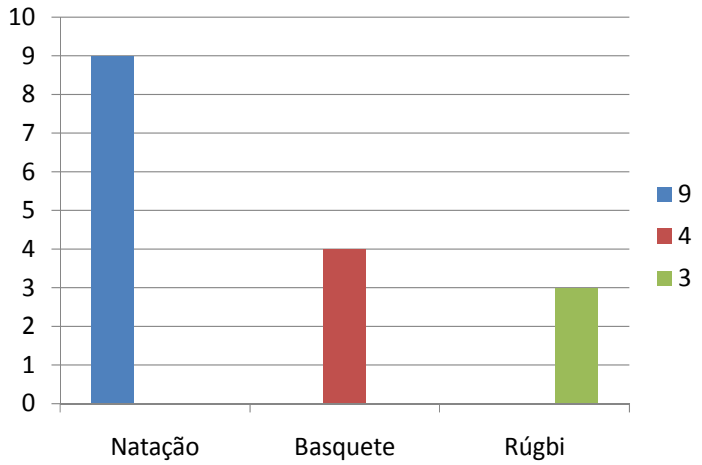


Gráfico 1 – Perfil dos indivíduos por modalidade praticada
Fonte: OMDA, 2011

A natação é a modalidade mais procurada porque aceita diferentes deficiências e atende diversos objetivos (saúde, lazer e rendimento). Além disso, a água é reconhecida como um excelente ambiente de reabilitação.

Esses resultados confirmam o que Gutierres (2003) constatou ao investigar quando se consegue fazer o meio aquático ser um ambiente facilitador e não limitador.

Conforme o autor, a fusão de acontecimentos concretos e criativos com as coisas e/ou situações encontradas é exteriorizada com mais facilidade, autenticidade e espontaneidade pelas pessoas com deficiência, por meio de suas expressividades motoras. Se esse ambiente aquático for considerado facilitador, as pessoas com deficiência sentir-se-ão mais seguras e confiantes para buscar novos desafios, conquistas e descobertas.

O gasto com equipamento não interfere na distribuição dos indivíduos por modalidade porque não são eles que custeiam o material e sim a instituição.

Gráfico 2 – Percepção subjetiva da QV (Qualidade de Vida)

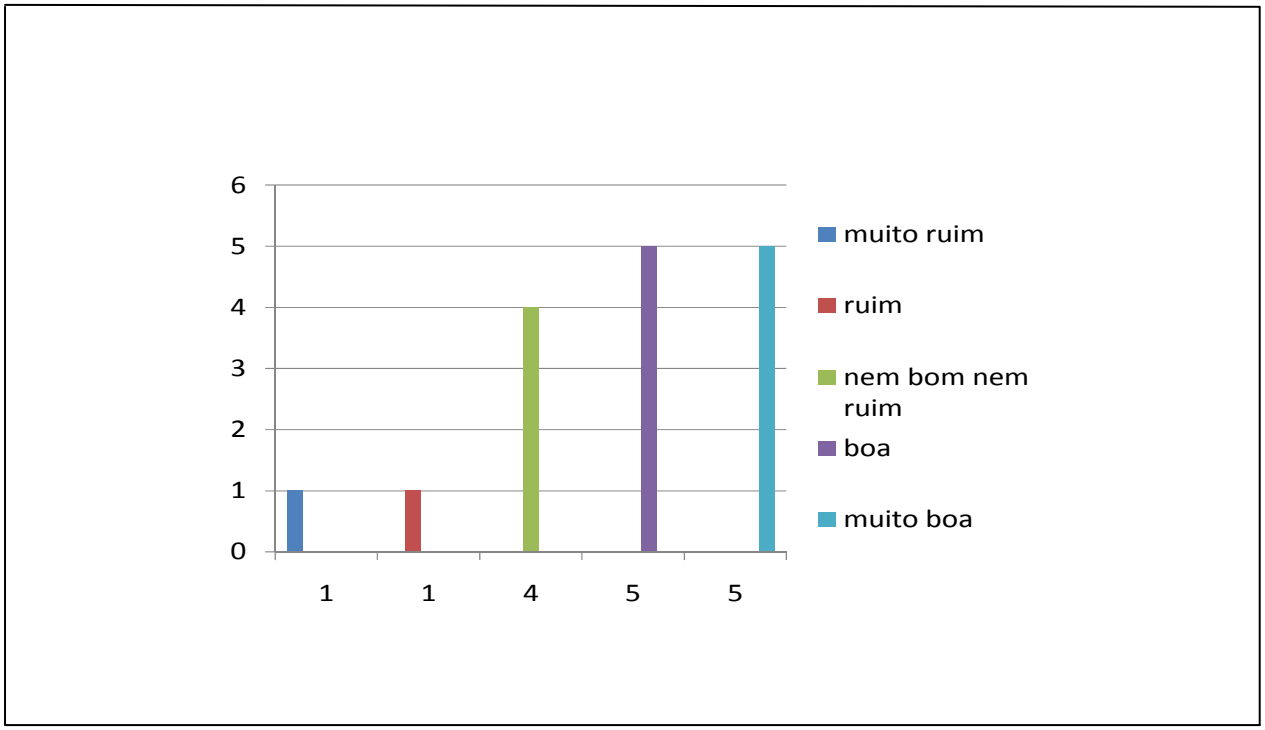


Gráfico 2: Como você avaliaria sua Qualidade de vida?

Fonte: OMDA, 2011

Gráfico 3 – Percepção subjetiva da saúde

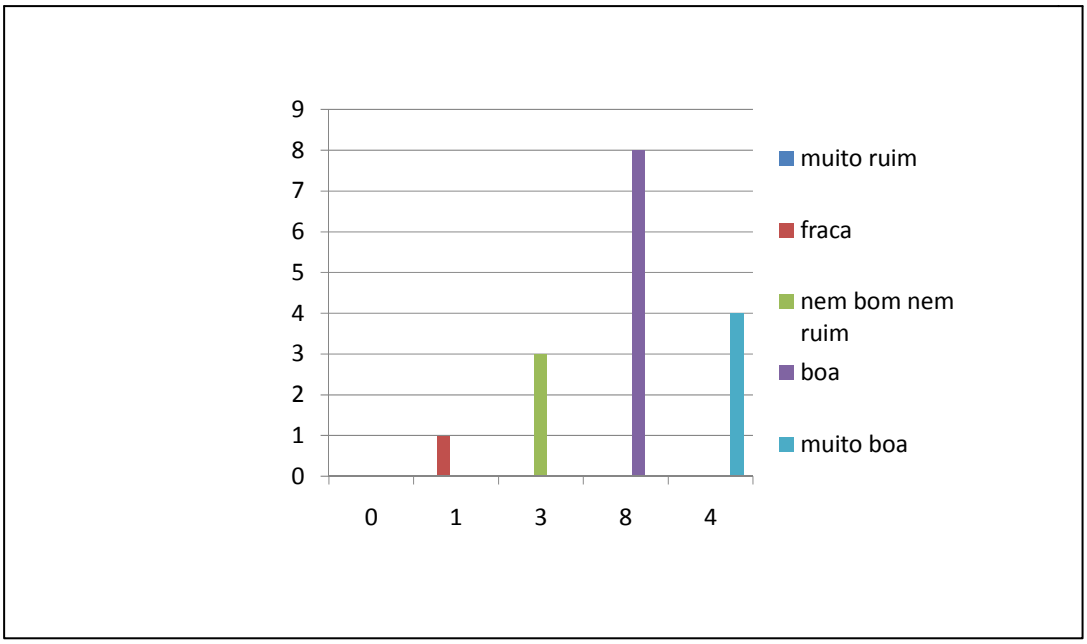


Gráfico 3 – Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
Fonte: OMDA, 2011

Apenas 2 indivíduos analisaram sua QV como ruim ou muito ruim e apenas 1 indivíduo analisou sua saúde como fraca. Os demais indivíduos categorizam sua QV e saúde como nem ruim nem boa, boa ou muito boa. Estes dados mostram que a deficiência em si, para este grupo, não interfere na percepção subjetiva de QV e da própria saúde.

O fato de todos os indivíduos estarem inseridos em um programa de esporte pode interferir nos níveis de QV e saúde, já que esta prática influencia em direção a um estilo de vida mais saudável.

A **Tabela 1** apresenta as respostas relativas a Escores por domínio e ao Índice Geral de Qualidade de Vida dos praticantes. Dentro dos quatro domínios, o Social foi o que apresentou score mais elevado (66,66+- 27,38) e o ambiental, o mais baixo (58,59 + - 17,51)

Tabela 1– Análise descritiva e comparativa do WHOQOL-bref por domínio

Domínios	N	Média	DP
Físico	16	63,16	21,01
Psicológico	16	65,36	21,23
Social	16	**66,66**	27,38
Ambiental	16	**58,59**	17,51
Geral	16	67,96	21,39

O domínio social foi o escore mais elevado. Os indivíduos, por participarem de um programa esportivo, têm um ambiente propício para desenvolver as relações pessoais. Esta prática acaba estimulando-os a buscar novos grupos de relação pessoal em suas atividades do dia-a-dia.

O fato do domínio ambiental ter apresentado o score mais baixo confirma o que foi verificado no estudo realizado por Bampi (2007) com um grupo de pessoas com lesão medular traumática, onde se constatou que o domínio que apresentou o pior score, 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.

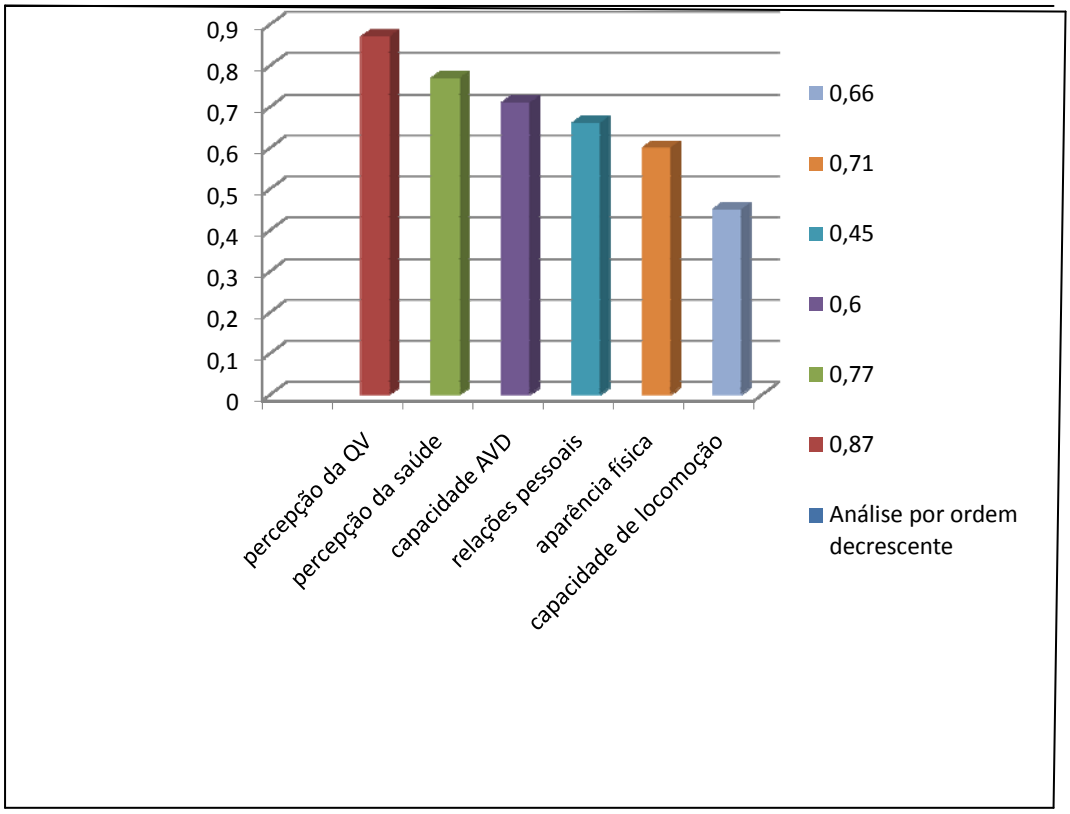
Em contrapartida, dos 16 indivíduos pesquisados apenas 1 apresentou um índice geral de QV abaixo de 50%. Isso mostra que este grupo de indivíduos, talvez estimulados pela prática de esporte, tem um bom nível de qualidade de vida. A deficiência parece não interferir na QV para este grupo de indivíduos que pratica esportes. Esta estatística também confirma o escore geral de qualidade de vida (67,96) que apresentou uma significativa média resultante dos quatro domínios. Isso representa o Índice Geral de Qualidade de Vida, igual a 67,96.

4.2 CORRELAÇÕES COM O ÍNDICE GERAL DE QUALIDADE DE VIDA

Os dados obtidos foram discutidos de forma individual e de acordo com a seqüência dos objetivos específicos. Posteriormente os dados foram analisados em conjunto para uma melhor discussão dos resultados.

Todos os índices de correlação entre diversas variáveis e a qualidade de vida dos indivíduos da amostra são apresentados no **Gráfico 4** e discutidos a seguir.

Gráfico 4 – Correlações com a variável dependente qualidade de vida



Percepção subjetiva da qualidade de vida, percepção subjetiva de saúde e índice geral de QV – ambas as percepções subjetivas apresentam correlação positiva significativa (0,87 para qualidade de vida e 0,77 para saúde) com o índice geral de QV. Este dado mostra que a percepção subjetiva da qualidade de vida e da saúde dos indivíduos pesquisados está de acordo com o índice geral de QV, obtido por meio do WHOQOL-bref, ou seja, os indivíduos conseguiram perceber subjetivamente de forma adequada seus níveis de QV e saúde.

Percepção subjetiva da capacidade para AVD (Atividades da Vida Diária) e índice geral de QV – apresentou correlação positiva de 0,71. O dado interessante deste aspecto é a forma positiva como praticamente todos os indivíduos avaliaram sua capacidade para AVD. A correlação obtida foi positiva e significativa e isto demonstra que quanto maior a capacidade para AVD maior a QV para este grupo. Já que os níveis de QV do grupo foram elevados, esta correlação ratifica uma boa percepção da capacidade de AVD dos indivíduos pesquisados.

Confirma também o estudo de Baptista (2003), no qual demonstra que dentro das suas limitações as pessoas com deficiência devem procurar fórmulas de desenvolver capacidades para realizar as atividades a que se propõem e que lhe trazem satisfação pessoal. Estas capacidades podem ser desenvolvidas com ajuda de diversos profissionais como o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta, o profissional de educação física, entre outros.

Percepção subjetiva da satisfação com as relações pessoais e índice geral de QV – apresentou correlação positiva de 0,66. O escore mais elevado foi o domínio social, sendo assim, esperava-se uma correlação positiva mais significativa entre a satisfação com as relações sociais e o índice geral de QV. Entretanto, o domínio social é formado por mais aspectos, os quais podem estar interferindo mais na QV do que a satisfação com as relações pessoais. Entre os outros aspectos estão as próprias relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

Percepção subjetiva da aparência física e índice geral de QV – apresentou correlação positiva de 0,60. Este dado evidencia que quanto melhor a percepção subjetiva da própria aparência física melhor será a QV. Neste caso o dado é interessante porque mostra que os indivíduos pesquisados têm uma excelente percepção da sua aparência física, o que interfere positivamente em sua QV.

Percepção subjetiva da capacidade de locomoção e índice geral de QV – apresentou correlação positiva de 0,45. Este dado demonstra que, mesmo em situações onde a capacidade de locomoção está diminuída, pode-se manter um bom nível de qualidade de vida. Para os indivíduos pesquisados a correlação entre a percepção subjetiva da capacidade de locomoção e o índice de QV não apresentou uma correlação tão significativa quanto a esperada. O aspecto capacidade de locomoção mostrou-se menos interveniente que a capacidade para AVD, satisfação

com as relações pessoais e a aparência física para os índices gerais de QV para este grupo.

5 CONCLUSÃO

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

O conhecimento das facetas mais importantes possibilitou concluir que, para os entrevistados, as questões de percepção de qualidade de vida apresentaram correlação positiva significante com a qualidade de vida, confirmando a definição subjetiva de qualidade de vida.

Diener (2000) engloba vários fatores que levam as pessoas a acreditarem que têm uma vida satisfatória, complementando que também cada pessoa é capaz de determinar o que é primordial para sua vida, tendo em seu conjunto a satisfação pela vida, pelo ambiente onde esses praticantes encontram- se e as diversas atividades realizadas por instituições espalhadas pelo Brasil como é o caso da Omda (Organização para o Movimento e o Desporto Adaptado).

O trabalho teve com consequência o levantamento de questões contempladas à qualidade de vida diante desta específica população, apresentando resultados satisfatórios em suas avaliações, se restringido apenas a uma instituição. Dessa forma, seria necessário um estudo mais amplo, e com um número maior de praticantes e de instituições envolvidas.

Esse seria um modo de garantir uma maior fidedignidade da análise dos dados obtidos, o que não foi possível realizar neste trabalho devido à pequena quantidade de pessoas com deficiência física, praticantes de modalidades paradesportivas a que se teve acesso.

Com base nessa pesquisa poderá haver um maior interesse nas questões relacionadas à qualidade de vida, direcionadas às pessoas com deficiência que praticam algum tipo de esporte adaptado. Sugere-se que outros trabalhos sejam desenvolvidos para que haja um confronto de dados e complemento de estudo, auxiliando a literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, R. et.al. **Jogos, esporte e exercícios para o deficiente físico.** 3 ed. Barueri: Manole,1985.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNICOLOGIST. **Prenatal Defection of neural tube defects.** Techinical Bulletin, Dec, 1986.

ANDRÉ, C. **Manual de AVC.** Rio de Janeiro: 2 ed. REVINTER, 2006.

ARANHA, M. S. F. **Trabalho e emprego**: Instrumento da construção de identidade pessoal e social. São Paulo: SORRI-BRASIL; Brasília: (CORDE), 2003.

ARAÚJO, L. A. D. **Proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência.** Série. Legislação em Direitos Humanos, v.3. Brasília: Secretaria Especial em Direitos Humanos/ Coordenadoria Nacional para a integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), 2003.

BAMPI, L. N. S. **Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática:** uma forma de estudar a experiência da deficiência.2007. 155f. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 2007.

BAPTISTA, T.C. **Atividade física e qualidade de vida de portadores de deficiência física de Florianópolis.** 2003. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano) – Universidade do Estado de Santa Catarina, 2003.

BARBETTA, P. A. **Estatísticas aplicadas às ciências sociais.** 5. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.

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

CAMPANA, M. B. **O rúgbi em cadeira de rodas:** aspectos técnicos e táticos e diretrizes para seu desenvolvimento. 2010. 151 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

CAMARGO, C. I. A. Traumatismo cranioencefálico. In: Teixeira, e. (org) **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo: Roca, 2003.

CARVALHO, J. A. (org.) **Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação.** 2 ed. Barueri: Manole, 2003.

CERIGNONI, F. N. et al. **Deficiência:** uma questão política? São Paulo: Paulus, 2005.

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

CONDE, M. T. R. P. **Síndrome Polio-melite:** aspectos epdemiológicos e prognósticos. 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CORDEIRO, T. P. **Ambiente e acessibilidade para pessoas com deficiência no desenvolvimento de atividades esportivas em piscinas:** um estudo de casos. 2010. 167 f. Dissertação (Mestrado em Ciência e Desenvolvimento)-Centro Universitário Univates, Lageado, 2010.

DIENER, E. **Subjective well- being:** the science happiness and a proposal for a national index: American Psychologist, 2000.

DINIZ, D. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007

FÁVERO, E. A. G. **Direito das pessoas com deficiência:** garantia e igualdade na diversidade. Rio de Janeiro: WVA, 2004.

FERREIRA, M. E. C. & GUIMARÃES, M. **Educação Inclusiva**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida:** guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____ **Versão abreviada do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS.** Disponível em <www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html> Acesso em: 24 de agosto de 2011.

FINNIE, N. R. **O manuseio em casa da criança com Paralisia Cerebral**. Barueri: Manole, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

GORGATTI, M. G.; COSTA, R. F. **Atividade física adaptada.** Barueri: Manole, 2005.

GUTIERRES, F. P. **A psicomotrocidade relacionada ao meio aquático**. São Paulo: Manole, 2003.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

LIANZA, S. et al. A lesão medular. In: LIANZA, S. (org). **Medicina de reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LIMA, C. L. F. e FONSECA, L. F.. **Paralisia Cerebral Neurologia. Ortopedia. Reabilitação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2004.

MANNS, P. J.; CHAD, K. E. **Determining the relation between quality of life, handicap, fitness and physical activity for persons with spinal cord injury**. Archives of physical of medicine and rehabilitation, 1999.

MILLER, P. D. **Fitness Programming and Physical Disability**. Champaign: Human Kinetics, 1995.

MINATTO G., FARES D.; SANTOS, S. G.; SILVA S. G. **Métodos e técnicas de pesquisa quantitativa aplicada à educação física.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.

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, 2000.

MOSQUERA, C. **Educação física para deficientes visuais.** Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo, 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NIESS, L. T. T. **Pessoas portadoras de deficiência no direito brasileiro.** São Paulo: Juarez de Oliveira, 2003.

NOBRE, F. S. S.. **Avaliação do nível de aptidão física e composição corporal de nadadores paraplégicos, do curso de Educação Física da UNIABC.** 1997. 22f.

Monografia (Graduação em Educação Física) – Universidade do ABC,São Caetano do Sul, 1997.

PASCOAL, M.; DONATO, J.C. **Aspectos psicofísicos e sócios-culturais da qualidade de vida**. Movimento e Percepção. Espírito Santo do Pinhal, 2005.

PEDROSO, B. **Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL- bref através do Microsoft Excel.** Disponível em: http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/article/view/687/505. Acesso em: 24 de agosto de 2011.

POTRICH, A. C.; DIEHL, R. M.. Deficiência Física. In : CAMARGO NETTO, Francisco, **Desporto adaptado a portadores de deficiência**: basquete. Porto Alegre: UFRGS/INDESP, 1996.

REQUEIJO, M. J. R. **Prescisão da ultra-sonografia bidimensional convencionale da ultra-sonografia tridimensional da avaliação do índice geral da lesão em fetos com a espinha bífida aberta**. 2008. 154 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, 2008.

RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes.** São Paulo: Brasiliense, 2003.

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

SHEPEHARD, R. J. **Importance** of Sport and exercise to quality of life and longevity. In: MOSTOFSKY,D.& ZAICHKOWISKY, L. (org**.). Medical and psychological aspects of sports and exercise. Morgantown: Fitness Information Technology**, 2002.

SILVA, O. M. **A Epopéia ignorada:** a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje: São Paulo: Cedas, 1986.

SKLIAR, C. **A surdez:** um olhar sobre as diferenças. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 2001.

SMITH, S. S. e WINKLER, P. A. (1994) **Traumatismos Cranianos**.In: Umphred, D.A. **Fisioterapia Neurológica.** São Paulo, Manole.

SOUZA, J. V.. **Atividades aquáticas para crianças portadoras de deficiência:** uma proposta á adaptação ao meio líquido. Campinas, SP, 1999.

TAMAKI, E. M.. **Qualidade de vida:** individual e coletiva. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2000.

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 perpesctives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Método de pesquisa em atividade física.** 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VELASCO, C. G. **Natação segundo a pisicomotrocidade**.Rio de Janeiro: Sprint, 1994.

WINNICK, J. P. **Educação física e esporte adaptado.** 3. ed. Barueri Manole, 2004.

_____ **Adapted Physical Education and Sport**. 3 ed. Champaign: Human Kinetics, 2000.

ANEXOS