
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

BRUNA WAHASUGUI CUBA

**IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA FÍSICA ATLETAS E NÃO
ATLETAS**



Rio Claro
2008

BRUNA WAHASUGUI CUBA

IMAGEM CORPORAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA
ATLETAS E NÃO ATLETAS

Orientador: ELIANE MAUERBERG DE CASTRO

Co-orientador: ADRIANA INÊS DE PAULA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Biociências da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” -
Câmpus de Rio Claro, para obtenção do grau de
Bacharel em Educação Física.

Rio Claro
2008

796.1 Cuba, Bruna Wahasugui
C962i Imagem corporal de pessoas com deficiência física atletas e não atletas / Bruna Wahasugui Cuba. - Rio Claro: [s.n.], 2008
44 f. : gráfs., tabs., forms.

Trabalho de conclusão (bacharelado – Educação Física) –
Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de
Rio Claro
Orientador: Eliane Mauerberg de Castro
Co-orientador: Adriana Inês de Paula

1. Expressão corporal. 2. Basquete sobre rodas. 3.
Atividade física adaptada. 4. EAT-26. 5. BSQ. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Campus de Rio Claro/SP

Dedico este trabalho aos meus pais, José e Adelaide, por sempre estarem do meu lado me apoiando e incentivando. Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus por sempre iluminar meu caminho e me dar forças para continuar lutando pelos meus sonhos e ideais.

Aos meus pais, José e Adelaide, que sempre estiveram do meu lado me apoiando e incentivando. Obrigada por toda compreensão, amor e carinho nas horas em que precisei. Sem vocês eu não seria nada. Amo muito vocês!

Aos meus irmãos, Wilian e Tiago, que sempre acreditaram em mim, muitas vezes mais do que eu mesma. Agradeço eternamente tudo o que fizeram. Vocês são os melhores irmãos que uma pessoa poderia ter.

Às minha cunhadinhas, Tais e Thais (rsrs), pelo incentivo, apoio e pelas fotos “bunitas” sempre tiradas nos churrascos.

Ao meu sobrinho Pedrinho, que me inspira a cada dia com seu sorriso lindo.

À Prof. Dr. Eliane Mauerberg de Castro, que sempre me ofereceu grandes oportunidades e abriu muitas portas para que eu pudesse crescer. Chefa, obrigada pela orientação, apoio e amizade!

À minha co-orientadora e futura doutora, Prof. Adriana Inês de Paula, que sempre ajudou muito e incentivou este trabalho. Dri, obrigada pela força, carinho e amizade.

Aos amigos do Laboratório de Ação e Percepção, Juliana Bayeux, Cacau e Carol que sempre torceram por mim e me ajudaram quando precisei.

Às minhas queridas amigas, Marraiana, Cybele, Weisy, Nara e Lilian que mesmo longe sempre vão estar no meu coração.

À minha grande amiga Salma, companheira de faculdade, provas e baladas que hoje considero minha irmã. Sempre estive do meu lado ouvindo meus desabafos, dando muitos conselhos, broncas e me ajudando muito em tudo. Valeu Sal!

Ao meu namorado e amigo, Victor (Dido) que sempre me apoiou em tudo e ajudou muito para que este trabalho acontecesse. Muito obrigada por fazer parte deste momento da minha vida. Amo você!

À todos que contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho.

RESUMO

Imagem corporal é um construto multifacetado que une desde a percepção até as atitudes das pessoas sobre seu próprio corpo e compreende o conceito que cada pessoa tem de seu corpo e a sua representação mental. A deficiência física e a construção negativa da imagem corporal pode fazer com que o auto-conceito do indivíduo também fique negativo, ampliando valores estigmatizantes, preconceituosos e que reforçam sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima, exclusão social e depressão. A prática regular de exercício físico além de propiciar a reabilitação oferece benefícios para a saúde com vantagens fisiológicas (e.g. prevenção e redução de efeitos de doenças como diabetes, hipertensão, cardiopatia e osteoporose) e vantagens psico-sociais (e.g. redução de estresse, melhora na auto-estima e imagem corporal). A imagem corporal frequentemente está associada com atitudes alimentares uma vez que distorções na imagem podem ser sintomas de distúrbios alimentares. O presente estudo teve o objetivo de verificar se distúrbios alimentares e alterações na imagem corporal tem relação com a prática esportiva por pessoas com deficiência física. Foram avaliados 22 atletas praticantes de basquete sobre rodas (32 ± 9 anos) e 22 deficientes físicos não atletas (35 ± 11 anos). A avaliação de atitudes alimentares foi realizada pelo Teste de Atitudes Alimentares (*EAT 26 - Eating Attitude Test. Garner e Garfinkel, 1979*) e avaliação da imagem corporal foi realizada pelo Questionário de Imagem Corporal (*BSQ – Body Shape Questionnaire. Cooper et al, 1987*) e pelo Questionário sobre Deficiência Física e Estima Corporal (*PDBEQ – George Taleporos et al, 2002*). Os resultados apontaram menor distúrbio da imagem corporal, porém com ausência de problemas alimentares para os participantes atletas praticantes de basquete sobre rodas quando comparados com os participantes com deficiência física não praticantes de esporte. Concluímos que a deficiência física oferece um risco para distorções na imagem corporal, porém não há evidências nas atitudes alimentares.

Palavras chaves: imagem corporal, deficiência física, basquete sobre rodas

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVO.....	04
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	05
3.1. Imagem corporal.....	05
3.1.1. Conceitos.....	05
3.1.2. Desenvolvimento e construção da imagem corporal.....	07
3.1.3. Deficiência física e imagem corporal.....	09
3.1.4. Atividade física e imagem corporal.....	12
3.2. Deficiência física, atividade física adaptada e esportes.....	14
3.2.1. O esporte para deficientes.....	15
4. METODOLOGIA.....	18
4.1. Participantes.....	18
4.2. Procedimentos metodológicos.....	21
4.3. Instrumentos de avaliação.....	21
4.4. Análise dos dados.....	22
5. RESULTADOS.....	23
5.1. Sinais de distúrbio alimentar (EAT-26).....	23
5.2. Sinais de distorção da imagem corporal (BSQ).....	24
5.3. Questionário sobre deficiência física e estima corporal (PDREQ).....	25
6. DISCUSSÃO.....	29
7. CONCLUSÃO.....	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética.....	35
ANEXO 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	36
ANEXO 3. Informações dos participantes.....	38
ANEXO 4. Teste de atitudes alimentares (EAT-26).....	40
ANEXO 5. Questionário sobre a imagem corporal (BSQ).....	42
ANEXO 6. Questionário sobre deficiência física e estima corporal (PDREQ).....	44

1. INTRODUÇÃO

A imagem corporal é o conceito que cada pessoa tem de seu corpo e suas partes sendo muitas vezes entendida como a representação mental do próprio corpo. Este conceito segundo Saikali, Soubilla, Scalfaro e Cordas (2004) envolve três componentes: o perceptivo, relacionado com a percepção do corpo, com a estimativa do tamanho corporal e do peso; o subjetivo, referente à satisfação com a aparência, juntamente com a ansiedade e a preocupação relacionados a ela; e o comportamental, que consiste em situações realizadas ou evitadas devido ao desconforto causado pela aparência corporal.

Outro termo usado muitas vezes como sinônimo de imagem corporal é o auto-conceito o qual pode ser definido como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas do indivíduo sejam elas reais ou imaginárias. Controla o processo informativo relacionado a si mesmo e exerce uma função de auto-regulação (TAMAYO, 1993). Niedenthal e Beike (1997) descrevem o auto-conceito como as representações mentais das características pessoais utilizadas pelo indivíduo para a definição de si mesmo e regulação do seu comportamento.

A sociedade, valorizando a atratividade física e tendo a magreza como norma de beleza, faz do acúmulo de peso corporal uma condição altamente estigmatizada e rejeitada. Esta ameaça faz com que as mulheres controlem neuroticamente o peso

corporal por meio de dietas extremamente restritas, exercitem-se de maneira exaustiva e ainda façam o uso de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas (FIATES & SALLES, 2001). Os indivíduos do sexo masculino também podem apresentar imagens corporais distorcidas. Estudos mostram que o nível de insatisfação dos homens em relação a seus corpos vem crescendo nos últimos anos (CHOI, POPE & OLIVARDIA, 2002). A distorção da imagem corporal está comumente associada a graves distúrbios alimentares como a bulimia, e a anorexia, além de comportamentos vigoréticos, caracterizados pelo excesso de prática de atividade física, tanto em homens quanto em mulheres.

A adequada formação da imagem corporal é ponto importante para aquisição de outras qualidades psicomotoras e para o auto-conceito que, como vimos, é a forma de como nos vemos e a partir daí como nos valorizamos ou nos relacionamos com os outros e com o ambiente. Para que este conceito se forme é necessário entre tantas coisas, o conhecimento das estruturas anatômicas, das relações entre as partes do corpo, dos movimentos e funções de cada parte e do reconhecimento da posição do corpo no espaço e em relação aos objetos.

Uma parcela da população constituída por pessoas com deficiência física pode apresentar defasagem ou distúrbio da imagem corporal por apresentar alterações funcionais ou mesmo falta de segmentos corporais. Nesse sentido, a deficiência física, pode representar um fator de risco para imagem corporal do indivíduo. A construção negativa da imagem corporal faz com que o auto-conceito do indivíduo também fique negativo, ampliando valores estigmatizantes, preconceituosos e que suportam sentimentos de inferioridade, baixa auto-estima e depressão.

A prática regular de exercício físico está relacionada a benefícios para a saúde, vantagens fisiológicas, prevenção e redução dos efeitos de doenças como diabetes, hipertensão, estresse, cardiopatia e osteoporose, melhora a auto-estima e a avaliação da imagem corporal. Para o deficiente físico ela representa mais, pois resulta no próprio sucesso do processo de reabilitação. Weinberg e Gould (2001), Matsudo e Matsudo (2000) afirmam que os principais benefícios à saúde advindos da prática de atividade física referem-se aos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais. Sendo assim, esse trabalho investigou a relação entre prática de atividade física sistemática, especificamente o basquete sobre rodas e imagem corporal e atitude alimentar de pessoas com deficiência física.

2. OBJETIVO

Objetivo deste estudo foi avaliar a imagem corporal de pessoas com deficiência física, atletas e não-atletas, e verificar se a prática de atividade física influencia na avaliação da auto-imagem e ainda verificar se há riscos para distúrbios alimentares nos grupos selecionados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. IMAGEM CORPORAL

3.1.1. Conceitos

Quando nos referimos à imagem corporal encontramos na literatura diversos termos relacionados à mesma palavra: auto-imagem, esquema corporal, consciência corporal, auto-consciência e percepção corporal. Ainda, termos como percepção corporal, satisfação corporal, estima corporal muitas vezes são usados como sinônimos (PRUZINSKY & CASH, 2002).

Um dos autores mais conceituados nessa área, Schilder (1994), conceitua imagem (esquema) corporal afirmando que “Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nossos corpos formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. E ainda: “O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. Este termo indica que não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação. Existe uma percepção do corpo. Indica também que, embora nos tenha chegado através dos sentidos, não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é somente uma representação.” Schilder passa a atribuir uma nova dimensão, ampliada e integrada da imagem

corporal, na qual associa aspectos neurofisiológicos, sociais e afetivos, estabelecendo também estreitas relações entre imagem corporal e psicanálise.

A imagem corporal é influenciada pelo meio em que vivemos e pelas situações que enfrentamos. A adequada formação da imagem corporal é ponto importante para aquisição de outras qualidades psicomotoras e principalmente para o auto-conceito (WIKIPEDIA, 2008).

Segundo Tavares (2003), a imagem corporal reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo, cujas percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo a cada instante. Percepções que se concretizam em um corpo. Nossa história é, antes de tudo, a história de nossas experiências perceptivas.

Cabe ressaltar que a percepção na mente não é algo simplesmente formado por uma mente ingênua somente com propriedades físico-químicas dos estímulos. Nesse sentido, o entendimento do fenômeno imagem do corpo não pode ser tido apenas com conhecimentos fisiológicos. De fato, a percepção difere qualitativamente das propriedades físicas dos estímulos, pois o sistema nervoso central extrai apenas certas informações perante os estímulos e interpreta estas informações no contexto de cada experiência (MARTIN, 1991). Deve-se lembrar, contudo, que a percepção, mesmo que individual, em muitas situações pode ser diretamente proporcional à magnitude dos estímulos. O que ocorre são diferenças nestas respostas entre indivíduos.

3.1.2. Desenvolvimento e construção da imagem corporal

A imagem corporal se desenvolve desde o nascimento até a morte e dentro de uma estrutura complexa e subjetiva, sofrendo modificações que implicam na

construção contínua, e reconstrução incessante, resultante do processamento de estímulos. Segundo Tavares (2003), a expressão “desenvolver a imagem corporal” apresenta variações importantes e indica aspectos distintos como: aumentar a percepção de partes do corpo, reconhecer e valorizar as sensações corporais, gostar mais do corpo, ter mais satisfação com o corpo, reconhecer o corpo como ele é realmente ou descobrir as possibilidades do corpo ampliando as possibilidades de ação.

De acordo com Schilder (1994), não é fácil saber como se dá o desenvolvimento da imagem corporal, mas há motivos para se acreditar que existe um desenvolvimento interno mediado pela maturação e fatores internos do organismo que são relativamente independentes das experiências individuais, do treinamento, e das atitudes emocionais e que vão determinar os traços mais específicos da imagem corporal. Com isso, podemos dizer que o desenvolvimento da imagem corporal é determinado por funções anatômicas, funcionais e psíquicas da experiência.

Para Tavares (2003), o desenvolvimento da imagem corporal depende do processo de desenvolvimento da própria identidade corporal do indivíduo, sendo ambos os processos totalmente dependentes da singularidade da estrutura orgânica e do espaço de relações de cada indivíduo. "É preciso que ele (o corpo) possa existir cada vez mais em sua singularidade para que sua representação esteja concretamente relacionada a ele." A garantia para a construção de uma identidade corporal, segundo a autora, é assegurada pelas sensações corporais, fonte da subjetividade humana. O desenvolvimento da imagem corporal é um processo que ocorre durante toda a vida, podendo ser facilitado ou dificultado por múltiplos fatores,

tais como idade, traumas, intervenções pedagógicas ou terapêuticas, doenças, deficiências, mídia, práticas desportivas, entre tantos outros.

De acordo com a mesma autora, o desenvolvimento do “eu corporal” ocorre em três estágios:

- *Estágio I: Experiências psíquicas precoces do corpo* – ocorre nos primeiros meses de vida do bebê em que o corpo da criança é vivenciado baseado na sua relação com a mãe.

- *Estágio II: Consciência inicial da imagem corporal com integração de experiências internas e externas* – ocorre até a fase em que a criança começa a andar e há diferenciação entre o eu e o mundo externo.

- *Estágio III: Definição e coesão do eu corporal como base da consciência do eu* – começa a partir dos 15-18 meses quando a criança já se reconhece no espelho. Esse estágio se caracteriza pela consolidação do senso de identidade estabelecido a partir de uma representação mental coesa e integrada do corpo.

Segundo Santos (1996), a imagem corporal muda a cada novo dia, pois todos os dias são passadas novas bagagens de experiências. É preciso se movimentar, tocar e explorar o lado interno e externo. Assim, é a partir do movimento, que a criança começa a descobrir sua auto-imagem e que sua relação com o mundo se torna mais significativa.

O entendimento de aspectos da construção da imagem corporal envolve a interação de conhecimentos sobre a formação de imagens/representações na mente humana, sobre o tônus/postura/organização espacial do corpo humano e também sobre a realidade existencial do indivíduo, envolvendo percepção, memória, sentimentos e aspectos simbólicos da interação com o ambiente.

3.1.3. Deficiência física e imagem corporal

De acordo com Paul Lester (1996), citado por Mauerberg-DeCastro (2005), existem seis formas pelas quais a mídia retrata as pessoas com deficiência como estereótipos negativos:

- *A vítima*: incluem as imagens de pessoas que são “objetos de pena”. Organizações filantrópicas costumam usar essas imagens para obter dinheiro, doações e caridade.
- *O herói*: a palavra “super-deformado” descreve este estereótipo. Celebra a pessoa com uma deficiência como um super-humano, aquele que superou os obstáculos pessoais e sociais e venceu nos negócios, esportes e outras atividades.
- *A ameaça*: são os vilões que nós vemos nos filmes. O horrível corcunda, o homem com a mão de gancho, bem como outros com desfigurações que alimentam o medo inconsciente resultando em percepções errôneas sobre pessoas com deficiências.
- *Aquele que é capaz de se ajustar*: apesar de muitas tentativas estes indivíduos não parecem ter tenacidade suficiente para superar suas situações. Eles se tornam amargos e precisam de ajuda de uma pessoa não-deficiente para “colocá-los no caminho certo”.
- *Aquele que precisa de cuidados*: representa as pessoas com deficiências como um peso, um fardo a se carregar. As pessoas não-deficientes que cuidam delas são retratadas como caridosas e generosas.
- *Aqueles que não deveriam ter sobrevivido*: sugere que “aqueles com sérias deficiências poderiam realmente estar melhor se não tivessem sobrevivido”. Essa imagem lembra a nós, pessoas “não-deficientes”, da nossa própria vulnerabilidade e mortalidade, a qual não queremos lembrar.

Estas imagens estereotipadas contribuem para que as pessoas com deficiência física vejam os seus potenciais sendo desconsiderados e se sintam “rotuladas” como incapazes o que pode gerar sentimentos negativos e afetar o bem estar psicológico.

Vários autores argumentam que os corpos das pessoas com deficiência física são vistos negativamente pela sociedade. Cromer et al. (1990) encontrou que adolescentes com deficiência têm baixos escores sobre a auto imagem do que quando comparados a adolescentes sem deficiência. Um estudo com 47 homens adultos com lesão na medula espinhal também mostrou um alto impacto da deficiência física na imagem corporal (ROMEO, WANLASS & ARENAS, 1993).

Stone (1995) argumentou que a deficiência é percebida como uma condição a ser evitada quando possível. Lawrence (1991) também sugeriu que os valores corporais de nossa sociedade caracterizam as pessoas com deficiência física como menos favorecidas em atividades físicas, esportes e beleza corporal, como são representados pela mídia.

De acordo com Frug (2001), freqüentemente se entende o corpo da pessoa com condições de deficiência para além dele, ou mesmo fora dele. Como se o corpo fosse um empecilho ou apenas um aspecto na totalidade da pessoa, ao qual não é preciso dar muita importância.

Considerando esta realidade, parece ser necessário estudar as relações sociais na determinação de percepção de corpo próprio, especificamente pela sua diversidade corporal ser, em geral, significativa, essa percepção pode gerar desequilíbrios emocionais gerando sentimentos negativos, contribuindo para uma baixa auto-imagem. Duarte (2001) entende que para a pessoa com deficiência conseguir manter um equilíbrio emocional positivo é necessário um constante

processo de adaptação da capacidade de resolver problemas atendendo as demandas exigidas pela vida cotidiana, fato que pode colaborar para a construção de sua auto-imagem. Este processo é fundamental para a pessoa com deficiência não gerar ansiedade, medo ou outro sentimento em demasia e, com isso, não desestruturar seu auto-conceito. Em geral, as pesquisas sobre deficiência física e imagem corporal sugerem que a deficiência tem um impacto negativo na imagem corporal.

3.1.4. Atividade física e imagem corporal

Impulsionada pela concepção da inclusão social e pela maior popularidade e divulgação do desporto paraolímpico, a prática de atividade física adaptada aumentou significativamente no Brasil nos últimos dez anos. O espetáculo proporcionado pela prática esportiva pode servir de modelo para derrubar barreiras atitudinais de pessoas que, muitas vezes por falta de informação, acreditam e disseminam a idéia equivocada e preconceituosa sobre o que podem e o que representam as pessoas com deficiência (MAUERBERG-DECASTRO, 2005).

Em seus vários tipos de manifestação, a atividade física promove sensações de bem estar geral contribuindo para a diminuição da ansiedade e depressão com melhorias das funções cognitivas, auto-conceito, auto-imagem, auto-estima e auto-confiança do indivíduo com deficiência (COSTA & DUARTE, 2002; COSTA & DUARTE, 2001; MELLO, SEABRA, SILVA & TUFIK, 1996; OLIVEIRA & CASAL, 2001). Atletas podem ser considerados um grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares já que geralmente têm intensa preocupação com a saúde e o bem-estar, e são mais críticos em relação aos seus corpos e seus pesos do que não-atletas

praticantes habituais de atividade física. Quando os atletas não atingem suas expectativas competitivas pode se reforçar uma visão negativa em relação a seus corpos ou padrões não relacionados com saúde e bem estar. A combinação entre performance esportiva, imagem corporal e controle de peso pode levar o esportista a um distúrbio de imagem corporal.

Sundgot, Torstveit e Skarderud (2004) relatam existir maior frequência de distúrbios alimentares em atletas do que em não-atletas, sendo que participar de competições pode ser considerado um fator importante no desenvolvimento destes transtornos. Tal situação, segundo o autor, pode ocorrer pelo fato de os atletas serem normalmente muito preocupados com a saúde e, em alguns esportes, o peso correto ajuda o atleta a atingir um melhor desempenho.

Segundo Oliveira et al. (2003), treinadores, patrocinadores e familiares podem ter forte influência no desenvolvimento de transtornos alimentares, através de comentários sob a forma física dos atletas. Por esta razão, treinadores devem estar bem informados quanto a distúrbios de auto-imagem e transtornos alimentares.

Os praticantes de atividade física tendem a buscar uma melhora da aparência física, sendo um fenômeno sócio-cultural, às vezes mais significativo do que a própria satisfação econômica, afetiva ou profissional. Os principais motivos pelos quais pessoas iniciam programas de atividade física são a insatisfação com o próprio corpo ou mesmo pela imagem que se tem dele e pela valorização exacerbada de baixos níveis de gordura corporal.

Zaharopoulos e Hodge (1992) realizaram um estudo para verificar possíveis diferenças no auto-conceito entre atletas e não-atletas. Para este fim utilizaram uma amostra de homens e mulheres entre 13 e 27 anos, sendo que parte deles participava em práticas esportivas e os outros não participavam. Os resultados

revelaram que a prática esportiva não tem impacto sobre o auto-conceito global, mas sobre componentes específicos. Salokun (1995) com uma amostra de jovens de 14 a 28 anos, estudou o impacto de progressos realizados nas atividades esportivas e observou correlações positivas entre os ganhos realizados nas habilidades esportivas e vários escores do auto-conceito. Delaney e Lee (1996) estudaram a influência da atividade física, competitiva e não-competitiva, com um grupo de adolescentes e jovens de 14 e 27 anos. Os resultados confirmaram o efeito benéfico do exercício físico sobre o auto-conceito dos participantes. A divergência relativa dos resultados obtidos nas pesquisas relatadas pode ser devida a diferenças de metodologia e, particularmente, a diferenças na medida do auto-conceito bem como a diferenças na natureza das atividades físicas utilizadas como variável dependente.

Considerando o exposto, verifica-se que na área educação física, profissionais devem a formação da imagem corporal adequada, favorecendo os sentimentos de auto-aceitação e autoconfiança.

3.2. DEFICIÊNCIA FÍSICA, ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA E ESPORTES

Há uma variedade de pesquisas, desde o início dos anos 50, documentando os benefícios da atividade física na redução de mortalidade e doenças, principalmente como fator de reabilitação para pessoas com deficiência.

Os exercícios, os jogos e os esportes para pessoas com deficiência física, como uma parte integrante da prática médica, obtiveram uma maior proeminência após a Segunda Guerra Mundial com a grande ocorrência de amputações e lesões medulares.

De acordo com Mauerberg-deCastro (2005), a atividade física adaptada é um corpo de conhecimentos cross-disciplinar dirigido à identificação e solução de problemas psicomotores ao longo do período vital. Tem como objetivo integrar e aplicar fundamentos teórico-práticos das várias disciplinas da motricidade humana e áreas vizinhas da saúde e educação em diferentes programas educacionais e de reabilitação para indivíduos de todas as faixas etárias que não se ajustem total ou parcialmente às demandas das instituições sociais.

Conforme Duarte e Werner (1995), citado por Freitas (1997), o objetivo da educação física adaptada é oferecer atendimento especializado aos educandos com de necessidades educativas especiais. Tal objetivo deve ser alcançado respeitando-se as diferenças individuais, visando proporcionar um desenvolvimento global dessas pessoas, tornando possível não só o reconhecimento de suas potencialidades, como também, sua integração na sociedade.

Steinberg (1994) comprovou que a prática de exercícios físicos para portadores de lesão medular, poliomielite e doença neuromuscular progressiva são benéficas para o organismo destas pessoas. No caso do lesionado medular há menor incidência de complicações urinárias, úlceras de pressão e doenças cardíacas. Para um indivíduo com poliomielite, o ganho de força é relevante, mas necessita de cuidados porque os exercícios muito fortes podem lesar o músculo que está parcialmente “desenervado.” No caso de um indivíduo com distrofia neuromuscular, apesar de algumas contradições, está se comprovando que há melhoras na força muscular, capacidade de trabalho e consumo de oxigênio.

3.2.1. O esporte para deficientes

O esporte adaptado no Brasil se iniciou em 1957 com o basquetebol em cadeira de rodas, começando a aparecer clubes especializados em esportes para portadores de limitação física. O espírito competitivo existente nestes participantes com limitação física é geralmente alto, tanto pela própria vontade de vencer quanto de mostrar-se capaz.

Freitas (1997) relata que a história do basquetebol sobre rodas desenvolveu-se concomitantemente a história do esporte para deficientes físicos. Foi após a I Guerra Mundial que o esporte começou a ser utilizado como ferramenta para reabilitação e inserção social da pessoa com deficiência. Primeiramente, a intenção era oferecer uma alternativa de tratamento aos indivíduos que sofreram traumas medulares durante o conflito.

Adams (1985) e Strohkendl (1996) apud Freitas (1997) enfatizam que em 1946, nos Estados Unidos, veteranos de guerra lesionados iniciaram a atividade de basquetebol criando o primeiro time “The Flyng Wheels” (rodas voadoras) da cidade de Van Nuys do estado da Califórnia. Na tentativa de chamar atenção do público a equipe começou uma turnê que conseguia deixar cidadãos impressionados e espantados com tamanha habilidade dos jogadores vista pelo público.

Adams (1985) ressalta que os resultados obtidos foram dois, o primeiro que despertou o interesse e o apoio para a realização dos esportes gerais realizados na cadeira de rodas e em segundo lugar conseguiu estimular aqueles que viam a equipe de cadeira de rodas em ação a compreenderem que uma pessoa deficiente pode ter força, coragem e habilidade para jogar basquetebol.

Araújo (1998) cita que a modalidade surgiu no Brasil a partir do envolvimento de dois atletas com paraplegia, Robson Sampaio e Sergio Del Grande que após tratamento e reabilitação nos Estados Unidos e contato com o basquetebol adaptado, trouxeram para o Brasil a modalidade em 1958, fundando duas equipes pioneiras: o clube dos Paraplégicos no estado de São Paulo e o clube do Otimismo no Rio de Janeiro. A partir da criação das equipes o basquetebol sobre rodas não parou de evoluir.

Coutinho (2001) relata que o basquetebol desenvolve diversas capacidades pelas múltiplas qualidades que lhe são atribuídas, desenvolve as capacidades motoras como as de ordem cognitiva e afetiva, além de proporcionar grande alegria e motivação aos praticantes de qualquer idade. O basquetebol sobre rodas exige todas as habilidades do basquetebol convencional, ou seja, técnica apurada dos fundamentos e um bom condicionamento físico, além de raciocínios e tempos de reação rápidos, acrescentados de uma característica importante que é uma alta habilidade no manejo da cadeira de rodas.

Nas pessoas com deficiências a atividade física visa resgatar sentimentos positivos de dignidade e amor próprio para que, deste modo, haja uma percepção das potencialidades do ser humano portador de deficiência servindo como estímulo para integrar os aspectos constitucionais da auto-imagem. Portanto, a prática não deveria valorizar apenas os aspectos técnicos, mas também se constituir como um estimulador da auto-imagem da pessoa proporcionando um reconhecimento social por meio da mudança de comportamentos gerados pela experiência de conseguir superar dificuldades e diminuir as limitações impostas e assim estimular atitudes de inclusão da pessoa com deficiência, contribuindo para a construção de uma auto-imagem positiva.

A principal característica do basquetebol sobre rodas é de preservar todos os aspectos que fazem do basquetebol convencional um dos mais completos, e emocionantes das modalidades esportivas.

“O basquetebol é um jogo extremamente emocionante e a cesta – score do jogo e razão para emoções – associa-se com desejos, insatisfações e necessidades. No caso do jogador de basquete sobre rodas, estas emoções não são diferentes. As emoções correm em momentos comuns no desenrolar de uma partida de basquetebol. Estes momentos caracterizam o espetáculo.” (SILVA, 2007)

4. METODOLOGIA

4.1. Participantes

Participaram do estudo 46 indivíduos com deficiência física com idade média de $33,8 \pm 10,6$ anos. Vinte e dois sujeitos ($n=22$) participaram do grupo atleta (GA), - com média de atividade física de $3,2 \pm 1,1$ dias na semana e $3 \pm 0,7$ horas por dia. Vinte e dois sujeitos ($n=22$) participaram do grupo não atleta (GN) que não realizavam nenhuma atividade física ou alguma atividade somente por recreação e lazer e dois sujeitos ($n=2$) se recusaram a participar por não se sentirem bem em falar sobre próprio corpo.

Todos os participantes do GA praticavam basquete sobre rodas e foram recrutados das equipes de Rio Claro (ABCD Bandeirantes), Piracicaba (AAPP) e Campinas (GADECAMP) – todas filiadas à Federação Paulista de Basquete Sobre Rodas. Já os participantes do GN foram recrutados individualmente de acordo com uma lista de pessoas com deficiência física disponibilizada pela Prefeitura Municipal de Rio Claro.

A Tabela 1 reúne os dados de idade, sexo, deficiência física e membros afetados do GA e a Tabela 2 reúne os dados de idade, sexo, deficiência física e membros afetados do GN.

Tabela 1: Idade, sexo, deficiência física e membros afetados do GA:

SUJEITO	IDADE	SEXO	DEFICIÊNCIA FÍSICA	MEMBROS AFETADOS
A1	33	M	Poliomielite	Braço esquerdo, perna direita, perna esquerda
A2	30	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A3	26	M	Lesão medular	Braço esquerdo, perna direita, perna esquerda
A4	36	M	Poliomielite	Perna direita, perna esquerda
A5	55	M	Amputação	Perna esquerda
A6	43	M	Poliomielite	Perna direita, perna esquerda
A7	33	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A8	26	M	Atrofia muscular	Perna direita
A9	33	M	Poliomielite	Perna direita, perna esquerda
A10	31	M	Amputação	Perna esquerda
A11	39	M	Lesão medular	Braço esquerdo, perna direita, perna esquerda
A12	23	F	Amputação	Perna esquerda
A13	35	M	Poliomielite	Perna esquerda
A14	31	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A15	28	M	Amputação	Perna esquerda
A16	37	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A17	15	F	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A18	26	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A19	45	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A20	24	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
A21	48	M	Poliomielite	Perna direita, perna esquerda
A22	19	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda

Tabela 2: Idade, sexo, deficiência física e membros afetados do GN:

SUJEITO	IDADE	SEXO	DEFICIÊNCIA FÍSICA	MEMBROS AFETADOS
N1	43	M	Espondilite anquilosante	Perna direita, perna esquerda, tronco
N2	44	F	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
N3	33	F	Poliomielite	Perna direita, perna esquerda
N4	19	M	Paralisia cerebral	Perna direita, perna esquerda
N5	40	M	Lesão medular	Braço esquerdo, perna direita, perna esquerda
N6	31	M	Poliomielite	Perna direita
N7	31	F	Atrofia muscular	Perna esquerda
N8	46	M	Deslocamento do fêmur	Perna esquerda
N9	23	F	Artrogripose	Perna direita, perna esquerda, braço direito, braço esquerdo
N10	39	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda, tronco
N11	28	F	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
N12	31	F	Atrofia muscular	Perna direita, perna esquerda
N13	58	F	Poliomielite	Perna esquerda
N14	65	M	Amputação	Perna direita
N15	27	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
N16	49	M	Atrofia muscular	Perna esquerda
N17	23	M	Mielomeningocele	Perna direita, perna esquerda, tronco
N18	29	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
N19	28	M	Lesão medular	Perna direita, perna esquerda
N20	28	F	Mielomeningocele	Perna direita, perna esquerda
N21	32	M	Poliomielite	Perna direita, perna esquerda
N22	26	M	Mielomeningocele	Perna direita, perna esquerda

4.2. Procedimentos metodológicos

Este trabalho teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (Ofício CEP 17/2008, Protocolo 2115) (Anexo 1) e os participantes, após aceitarem o convite para participar da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido continha toda a informação sobre a pesquisa e todos os participantes tiveram a total liberdade de interromper ou esmo não aceitar a participação neste estudo.

4.3. Instrumentos de avaliação

Inicialmente os participantes preencheram uma folha contendo as informações dos participantes (Anexo 3) para informar os seguintes dados: peso, altura, refeições diárias, dieta, cirurgia plástica, suplementos alimentares, parte do corpo que trocaria se fosse possível, atividade física (frequência e tempo) e deficiência física (membros afetados e causas).

Em seguida responderam o *Eating Attitudes Test - EAT-26* (GARNER & GARFINKEL, 1979) (Anexo 4) que é um instrumento de auto-relato, reconhecido internacionalmente, empregado para avaliar e identificar padrões alimentares anormais. O instrumento consta de 26 itens, com seis opções de resposta: *sempre*, *muito freqüentemente*, *freqüentemente*, *algumas vezes*, *raramente* e *nunca*.

A avaliação das respostas no EAT-26 é feita atribuindo-se três escores para cada item que foi marcado a resposta “anoréxica mais extrema” (“sempre” ou “nunca”), dois escores para a segunda resposta “mais extrema” e um escore para a terceira “mais extrema” sendo que as demais respostas não são pontuadas. Aplicado o instrumento, os escores obtidos em cada questão do EAT-26 são somados e computados para cada pessoa avaliada. Caso o total de escores encontrados seja maior que 21, o EAT-26 é considerado positivo e confirmada a presença de atitudes alimentares patológicas. Os autores que desenvolveram o EAT-26 utilizaram um ponto de corte de 20 escores.

Para avaliar a insatisfação com a imagem corporal utilizou-se o *Body Shape Questionnaire-BSQ* (COOPER et al., 1987) (Anexo 5), que mede o grau de

preocupação com a forma do corpo, a auto-depreciação devida à aparência física e à sensação de estar gordo(a). Segundo Cordás e Neves, o questionário distingue dois aspectos específicos da imagem corporal: a exatidão da estimativa do tamanho corporal e os sentimentos em relação ao corpo (insatisfação ou desvalorização da forma física). O instrumento consta de 34 itens, com seis opções de respostas: 1) *nunca*, 2) *raramente*, 3) *às vezes*, 4) *freqüentemente*, 5) *muito freqüente*, 6) *sempre*. De acordo com a resposta marcada, o valor do número correspondente à opção feita é computado como ponto para a questão (por exemplo: *nunca* vale um ponto). O total de pontos obtidos no instrumento é somado e o valor é computado para cada avaliado. A classificação dos resultados é feita pelo total de pontos obtidos e reflete os níveis de preocupação com a imagem corporal. Obtendo resultado menor ou igual a 80 pontos, é constatado um padrão de normalidade e tido como **ausência** de distorção da imagem corporal. Resultado entre 81 e 110 pontos é classificado como **leve** distorção da imagem corporal; entre 111 e 140 é classificado como **moderada** distorção da imagem corporal; e acima de 140 pontos a classificação é de presença de **grave** distorção da imagem corporal.

Por fim, os participantes responderam o *Physical Disability Body Esteem Questionnaire-PDBEQ* (TALEPOROS & McCABE, 2001) (Anexo 6). Este instrumento consta de 13 itens que foram construídos para facilitar a discussão e examinar a relação entre deficiência física e estima corporal. Para a classificação dos resultados foram utilizadas quatro opções de resposta de acordo com a escala Likert: 1 = *concordo plenamente*, 2 = *concordo*, 3 = *discordo*, 4 = *discordo plenamente*. Este questionário foi traduzido e analisado por 5 especialistas da UNESP.

4.4. Análise dos dados

Como procedimento estatístico foi realizado uma análise descritiva dos dados (média e desvio-padrão) e teste t para amostras correlacionadas comparando-se escores do BSQ de cada nível de distorção e igualmente para o teste EAT-26. Utilizou-se também o coeficiente de correlação de *Spearman* para verificar a relação entre BSQ e EAT-26.

5. RESULTADOS

Neste estudo foram aplicados um questionário sobre distúrbios alimentares (EAT-26) e dois questionários sobre a percepção da imagem corporal (BSQ e PDBSQ) descritos no capítulo anterior. Estes questionários foram utilizados para verificar se a prática de atividade física influencia a avaliação da auto-imagem e ainda verificar se há distúrbios alimentares nos grupos selecionados para este estudo.

As diferenças observadas entre os grupos podem ser detectadas na análise descritiva dos testes EAT-26 e BSQ. A tabela abaixo (Tabela 3) mostra as características dos grupos analisados.

Tabela 3. Média, desvio-padrão da variável EAT-26 para os grupos GA e GN.

Resultados (média e desvio-padrão) do EAT-26 e BSQ		
Instrumentos	Atletas (N=22)	Não Atletas (N=22)
EAT-26	13,6 ± 8,6	13,1 ± 8,8
BSQ	59,6 ± 18,4	72,5 ± 39,4

5.1. Sinais de distúrbio alimentar (EAT-26)

Os resultados da média e desvio padrão do EAT-26 mostram valores semelhantes entre os dois grupos, além disso, o teste t também não revelou distúrbio. Já o resultado da avaliação do EAT-26 (Tabela 4) mostra uma maior frequência (18,18%) de indivíduos do GN com valores EAT-26 positivos, ou seja,

com presença de atitudes alimentares patológicas, quando comparado com o GA (9,10%), porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 4. Frequência de indivíduos (%) segundo a avaliação do EAT-26.

Resultado da avaliação do EAT-26		
Instrumento	Atletas (N=22)	Não Atletas (N=22)
EAT-26		
Positivo	9,10%	18,18%
Dentro dos limites de normalidade	90,90%	81,82%

5.2. Sinais de distorção da imagem corporal (BSQ)

Os resultados da avaliação BSQ (Tabela 5) mostram a frequência de casos de GRAVE e MODERADA distorção da imagem corporal do BSQ (9,10% e 4,5%, respectivamente) que apareceram para o GN.

Tabela 5. Frequência de indivíduos (%) segundo a avaliação do BSQ.

Resultado da avaliação do BSQ		
Instrumento	Atletas (N=22)	Não Atletas (N=22)
BSQ		
GRAVE distorção da imagem corporal	0%	9,10%
MODERADA distorção da imagem corporal	0%	4,50%
LEVE distorção da imagem corporal	13,60%	18,20%
AUSÊNCIA de distorção de imagem corporal	86,40%	68,20%

A prova estatística t de Student para amostras correlacionadas com os valores de BSQ individuais emparelhados ao BSQ representativo de distorção leve da imagem corporal (i.e., 81) indicou ausência de distorção para o grupo atleta ($t_{21} = -5,442$, $p = .000$). Ou seja, os valores médios foram significativamente inferiores aos

valores de referência BSQ igual a 81. Ao contrario, o grupo não atleta exibiu diferenças não significativas ($t_{21} = -1.005$, $p = .326$) neste modelo de comparação, o que confirma uma leve distorção de imagem corporal para este grupo. Ou seja, as médias deste último grupo foram iguais ou significativamente próximas ao valor BSQ 81 que representa distorção leve da imagem corporal.

Ainda, no teste BSQ foi calculada a moda de todas as questões de ambos os grupos (GA e GN) e verificou-se apenas uma modificação na última questão do GN – A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? – em que a moda foi 6) *Sempre*. Para todas as outras questões a moda foi 1) *Nunca*.

Para verificar possível correlação entre EAT-26 e BSQ utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* e observou-se que há uma correlação moderada ($r = 0,5$, $p = .05$) estatisticamente significativa entre o resultado dos instrumentos avaliados.

5.3. Questionário sobre deficiência física e estima corporal (PDBEQ)

As médias e os desvios-padrão foram calculados para as questões do PDBEQ dos grupos GA e GN. Os valores médios de cada questão foram ordenados da maior para a menor concordância (Tabela 6).

Tabela 6. Médias e desvios-padrão dos valores da escala Likert julgados pelos participantes de ambos os grupos (GA e GN) no PDBEQ:

QUESTÕES	MÉDIA	DP
Q3 Eu me sinto confortável com as partes do meu corpo mais afetadas pela minha deficiência	2,43	0,97
Q4 Se uma pessoa me disesse que eu sou sexy eu duvidaria dela	2,61	1,04
Q12 Minha aparência seria melhor se eu não tivesse uma deficiência	2,61	1,1
Q6 Pessoas com deficiência têm corpos menos atraentes do que a população “normal”	2,64	1,06
Q1 Minha deficiência me faz sentir menos atraente	2,86	1,03
Q5 Minha deficiência torna meu corpo mais interessante	2,89	0,99
Q9 Minha deficiência faz meu corpo parecer feio	2,95	0,96
Q11 Não sinto atração por pessoas com deficiência física	3,00	0,96
Q10 Se eu pudesse trocava de corpo com uma pessoa não deficiente	3,02	1,09
Q2 Eu invejo pessoas com o corpo “normal”	3,11	0,99
Q8 Minha deficiência física é um desestimulante sexual	3,23	0,91
Q7 Eu evito espelhos porque eles me lembram da minha deficiência	3,25	0,97
Q13 Eu tento esconder minha deficiência sempre que possível	3,41	0,84

A Tabela 6 mostra que a questão “Eu me sinto confortável com as partes do meu corpo mais afetadas pela minha deficiência” foi a que obteve maior concordância e a questão “Eu tento esconder minha deficiência sempre que possível” foi a de menor concordância.

A Figura 1 e 2 ilustram os resultados obtidos em cada questão de acordo com a escala Likert referente ao GA e GN, respectivamente:

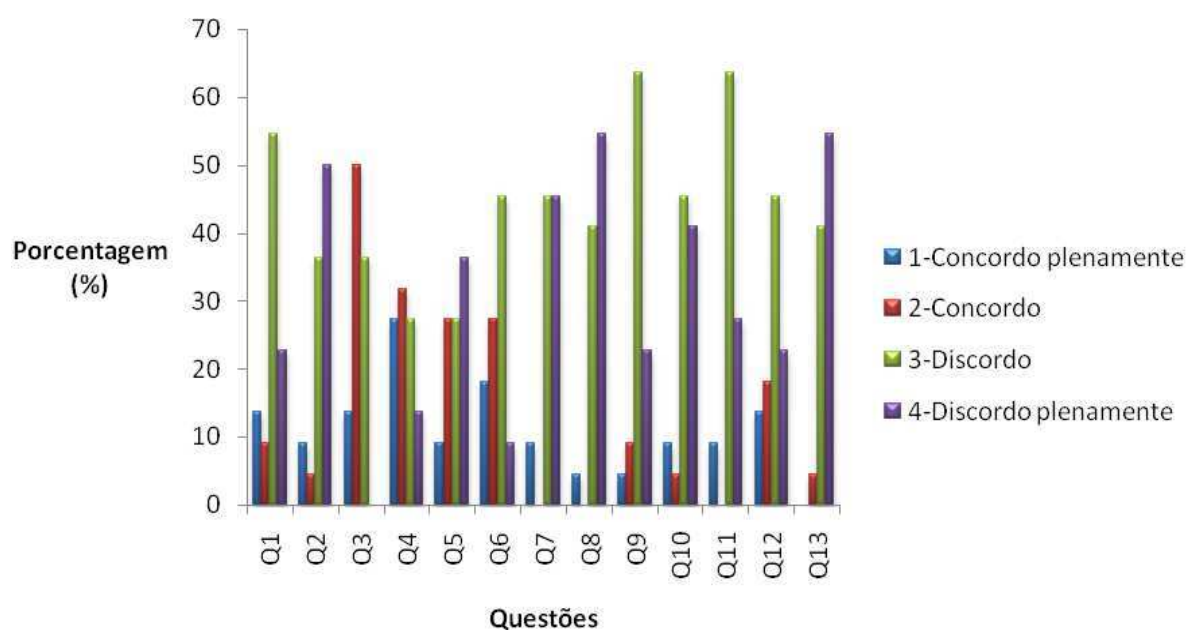


Figura 1. Frequência de resposta de cada questão do PDBEQ no GA.

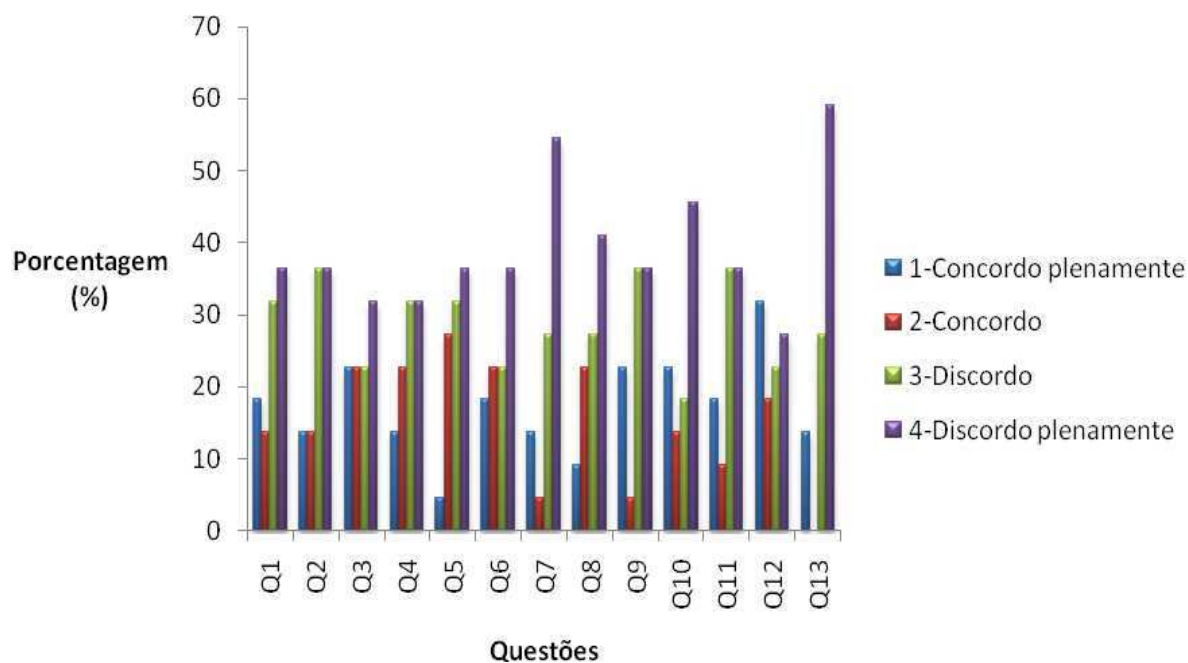


Figura 2. Frequência de resposta de cada questão do PDBEQ no GN.

Os resultados do PDBEQ foram divididos em três temas para análise descritiva:

Tema 1 – Atração física e sexual

Neste tema foram avaliados **Q1** (Minha deficiência me faz sentir menos atraente), **Q4** (Se uma pessoa me disesse que eu sou sexy eu duvidaria dela), **Q8** (Minha deficiência física é um desestimulante sexual), **Q9** (Minha deficiência faz meu corpo parecer feio) e **Q11** (Não sinto atração por pessoas com deficiência física).

Tema 2 – Conforto com o próprio corpo

As **Q3** (Eu me sinto confortável com as partes do meu corpo mais afetadas pela minha deficiência), **Q7** (Eu evito espelhos porque eles me lembram da minha deficiência) e **Q13** (Eu tento esconder minha deficiência sempre que possível) foram avaliadas neste tema.

Tema 3 – Comparação com o corpo “normal”

Para este tema levou-se em conta as questões **Q2** (Eu invejo pessoas com o corpo “normal”), **Q5** (Minha deficiência torna meu corpo mais interessante), **Q6** (Pessoas com deficiência têm corpos menos atraentes do que a população “normal”), **Q10** (Se eu pudesse trocava de corpo com uma pessoa não deficiente) e **Q12** (Minha aparência seria melhor se eu não tivesse uma deficiência).

6. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que, em relação ao GN, a maioria dos sujeitos do GA exibiu ausência de distúrbios alimentares. No que se refere à distorção de imagem corporal, o GA exibiu ausência de distorção enquanto o GN apresentou uma leve distorção confirmada pelo teste t. A atividade física pode ser considerada uma importante condição para promover uma imagem corporal positiva em indivíduos com deficiência física.

Para Coutinho (2001), o basquete promove diversas capacidades, entre elas, motora, cognitiva e afetiva, além de proporcionar grande alegria e motivação aos praticantes de qualquer idade. Os resultados obtidos neste estudo reforçam a concepção positiva dos efeitos da participação atlética, uma vez que os escores obtidos nos testes de distúrbios alimentares e de imagem corporal mostraram-se favoráveis ao grupo praticante de basquete sobre rodas. É importante ressaltar que a maioria dos entrevistados são homens e estes não tem propensão à distúrbios alimentares e distorção de imagem corporal. Porém, observamos que apesar do GN ter 8 mulheres, não são estas que têm escores altos do BSQ.

De fato, deficientes físicos não atletas sentem necessidade em praticar alguma atividade física. Neste caso, o resultado encontrado na última questão do BSQ na qual a maioria respondeu uma preocupação com o aspecto físico e com o fato de que eles deveriam fazer exercícios. Este achado reforça a concepção de Souza (1994) de que “o esporte terapêutico tem por finalidade possibilitar o desenvolvimento de uma energização psicofísica do reabilitando pela prática regular de atividades inerentes à educação física e ao desporto que possibilitem a obtenção de um aprendizado relativo à educação para a saúde, ao tempo livre e à vida em sociedade.”

Dessa forma, Adams (1985) afirma que, “graças às atividades recreativas, os deficientes físicos encontram a motivação necessária para participarem da

comunidade mais ampla, de produzir, de trabalhar e de assumir papéis de liderança na comunidade.” A reabilitação buscou na atividade física novos caminhos para possibilitar a interação dessas pessoas com a sociedade, evidenciando as capacidades residuais dos deficientes físicos através do esporte (ARAÚJO apud FREITAS, 1997).

Outro aspecto importante da condição física é que atitudes alimentares parecem estar diretamente ligadas à percepção da imagem corporal. Os resultados de correlação confirmam esta relação. Assim, a prática de uma abordagem motora ampla e sistematizada poderá oferecer benefícios importantes para a prevenção de distúrbios alimentares e de imagem corporal em indivíduos com deficiência física.

O PDREQ foi outro instrumento que demonstrou a preocupação do GN com a imagem corporal de acordo com os resultados dos temas 2 e 3 – conforto com o próprio corpo e comparação com o corpo “normal”, respectivamente. Os resultados de uma forma geral nos permitem inferir que a atividade física regular e sistematizada pode oferecer uma influência positiva e importante abordagem na relação de distúrbios corporais e alimentares de pessoas com deficiência física.

Embora o presente estudo tenha demonstrado resultados positivos em relação à prática de atividade física e a deficiência física, é importante salientar a dificuldade de controlar variáveis como antropometria (principalmente peso e altura), recrutamento dos sujeitos, perda amostral e instrumentos específicos para mensuração com deficientes físicos.

7. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, discutidos anteriormente, pode-se concluir que deficientes físicos praticantes do basquete sobre rodas exibem, em relação a indivíduos com deficiência não praticantes de esporte, um menor risco de distúrbios de imagem corporal mas não para distúrbios alimentares.

Esses resultados reforçam a necessidade de mais pesquisas sobre a atividade física/esporte e deficiência física a fim de que os maiores beneficiários sejam sempre os deficientes físicos diante de suas limitações e aspirações na sociedade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS R C. *Jogos Esporte e Exercícios para o Deficiente Físico*. São Paulo. Ed. Manole 1985.

ARAÚJO, P. F. de. *Desporto Adaptado no Brasil: origem, institucionalização e atualidades*; Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

CHOI PYL, POPE HG, OLIVARDIA R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, v.36, p.375-376, 2002.

COOPER P.J., TAYLOR M., COOPER Z., FAIRBUN C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The international journal of eating disorders*, v.6, p. 485-494, 1987.

COSTA, A. M. E DUARTE, E. (2001). Atividade física e a relação com a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). In: IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, Curitiba: *Anais do IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada*, p. 97-99, 2001.

COSTA, A. M. E DUARTE, E. (2002). Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10 (1), p. 47-54, 2002.

COUTINHO, N. *Basquetebol na Escola*. Rio de Janeiro, Brasil 3ed. Editora Sprint, 2001.

CROMER B.A. et al. Knowledge, attitudes and behavior related and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 32, p. 602-610, 1990.

DELANEY, W., & LEE, C. Self-esteem and sex roles among male and female high school students: Their relationship to physical activity. *Australian Psychologist*, v.30, p.84-87, 1996.

DUARTE, E. (2001). Adaptação e a pessoa portadora de deficiência. In: IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada, Curitiba: *Anais do IV Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada*, p. 35-36, 2001.

FIATES GM, SALLES KK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*, v.16, p.3-6, 2001.

FREITAS P. S.; *O Ensino do Basquetebol sobre Rodas. Desafios e Possibilidades*; Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas; Campinas, 1997.

FREITAS, PATRÍCIA SILVESTRE DE E CIDADE, RUTH EUGENIA AMARANTE. *Noções sobre Educação Física E Esporte Par Pessoas Portadores De Deficiência: Uma Abordagem para professores de 1ºe 2º graus*. 1.ed. Uberlândia: Breda, 1997.

FRUG, C.S. *Educação motora para portadores de deficiência: formação da consciência corporal*. São Paulo. Plexus: 2001.

GARNER D., GARFINKEL P. Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, v.9, p.273-9, 1979.

LAWRENCE, B. Self-concept formation and physical handicap: some educational implication for integration. *Disability, Handicap and Society*, v.6, p. 139-146, 1991.

MARTIN, J.H. Coding and Processing of Sensory Information. In: KANDEL, E.R; Schwartz, J.H; JESSEL, T.M. *Principles of Neural Science*. 30 ed. Rio de Janeiro. Appleton & Lange, p.329-340., 1991.

MATSUDO, SM. Et al. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.5, p. 60-76, 2000.

MAUERBERG-DECASTRO, E. *Atividade física adaptada*. Ribeirão Preto, SP. Tecmedd, 2005.

NIEDENTHAL, P.M., & BEIKE, D.R. Interrelated and isolated self-concepts. *Personality and Social Psychology Review*, v.1, p.106-128, 1997.

OLIVEIRA, A. M. R E CASAL. H. M. V. (2001). Auto-estima do diabético e atividade física. *Revista Digital - Buenos Aires*, Ano 6 (32). Disponível <http://www.efdeportes.com/> >. Acesso em 14 maio. 2008.

OLIVEIRA FP, BOSI MLM, VIGÁRIO PS, VIEIRA RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v.9, p.348-356, 2003.

PRUZINSKY T, CASH TF. *Body image; a handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: Guilford Publications, 2002.

ROMEO, A.J.;WANLASS R.; ARENAS, S. A profile of psychosexual functioning in males following spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, v. 11, p. 269-276, 1993.

SAIKALI CJ, SOUBILLA CS, SCALFARO BM, CORDÁS TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.31, p.164-166, 2004.

SALOKUN, S.O. Positive change in self-concept as a function of improved performance in sports. *Perceptual and Motor Skills*, v.78, p.752-754, 1995.

SANTOS, E. *Pré escola e expressão corporal*. (monografia) Rio Claro: Instituto de Biociências, 1996.

SEGUNDGOT BJ, TORSTVEIT MK, SKARDERUD F. Eating disorders among athletes. *Tidsskrift for den Norske laegeforening*. V.16, p.2126-2129, 2004.

SHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SILVA, E. M. . Emoções e a cesta no basquete sobre rodas. Adapta - a revista profissional da SOBAMA, SOBAMA, v. vol 2, p. 04 - 06, 2007.

STEINBERG, L. L.; Respostas Fisiológicas ao Exercícios em Pessoas com deficiência; in: *V Simpósio Paulista de Educação Física Adaptada; Escola de Educação Física*, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

STONE, S.D. The myth of bodily perfection. *Disability and Society*, v.10, p. 413-424, 1995.

TALEPOROS, G., MCCABE, M.P. The impact of physical disability and body esteem. *Sexuality and Disability*, v.19, p.293-308, 2002.

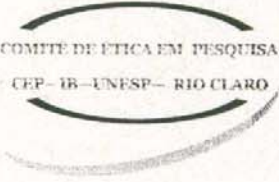
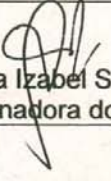
TAMAYO, A. Autoconcepto y prevención. In J. R. Rojas (Org.), *Quinta antologia: Salud y Adolescencia*. San José de Costarica: Caja Costarricense de Seguro Social, p. 18-28, 1993.

TAVARES, M.C.C. *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.

WEINBERG, R.S.; GOULD, D. *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. São Paulo: Artmed, 2001.

ZAHAPROPOULOS, E., & HODGE, K.P. Self-concept and sport participation. *New Zealand Journal of Psychology*, v. 20, p. 12-16, 1992.

ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética

unesp		UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Rio Claro	
DECISÃO CEP Nº 17/2008			
Instituição: UNESP – IB – CRC		Departamento: Educação Física	
Protocolo nº: 2115		Data: 25.03.08	
Projeto de Pesquisa: "Imagem corporal de pessoas com deficiência física atletas e não-atletas"			
Pesquisa Individual	Pesquisador Responsável:		
Pesquisa Alunos de Graduação	Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Eliane Mauerberg de Castro		
	Orientando(a): Bruna Wahasugui Cuba		
Pesquisa Alunos de Pós-Graduação	Pesquisador Responsável:		
	Orientador(a):		
Objetivo Acadêmico:	☒ TCC ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Outros (especificar)		
O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP – Campus de Rio Claro, em sua 31ª reunião ordinária, realizada em 16/09/2008,			
☒	Aprovou o Projeto de Pesquisa acima citado, ratificando o parecer emitido pelo relator.		
☐	Referendou o Projeto de Pesquisa acima citado, ratificando o parecer emitido pelo relator.		
☐	Aprovou retornar ao interessado para atendimento das pendências encontradas (prazo máximo de 60 dias):		
☐	Não Aprovou.		
☐	Retirou , devido à permanência das pendências.		
☐	Aprovou o Projeto de Pesquisa acima citado e o encaminha , com o devido parecer, para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP/MS , por se tratar de um dos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.		
Rio Claro, 16 de setembro de 2008.			
 Profa. Dra. Maria Izabel Souza Camargo Coordenadora do CEP			
Instituto de Biociências – Seção Técnica Acadêmica Avenida 24-A nº 1515 - CEP 13506-900 - Rio Claro - S.P. - Brasil - tel 19 3526-4105 - fax 19 3534-0009 - http://www.rc.unesp.br			

ANEXO 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: Imagem corporal de pessoas com deficiência física atletas e não-atletas**

Você está convidado(a) a participar de um estudo cujo objetivo é medir a imagem corporal de deficientes físicos atletas e não atletas. Sua participação nos ajudará a verificar se com a atividade física há alteração na avaliação da auto-imagem.

Procedimentos: Você preencherá e assinará este termo de livre consentimento para participar do estudo (Se dependentes ou menores, pais ou responsáveis preencherão e assinarão o termo). Você responderá a questionários sobre aparência corporal e atitudes alimentares (*Body Shape Questionnaire/ BSQ*, *Physical Disability Body Esteem Questionnaire/ PDBEQ* e *Eating Attitudes Test/ EAT-26*), terá suas medidas antropométricas verificadas (peso e altura) para que seja calculado o IMC (*Índice de Massa Corporal*), e ainda responderá a um questionário demográfico. Durante a pesquisa todos os dados serão armazenados em lugar seguro no Laboratório de Ação e Percepção, sendo que dados digitais serão acessíveis apenas com senha e, dados não-digitais serão trancados em armário no referido laboratório.

Rúbrica: _____

Todas as informações coletadas no estudo (nomes, medidas, imagens) serão confidenciais, utilizadas apenas para fins acadêmicos. A participação neste projeto não lhe proporcionará nenhum benefício material sendo que, este projeto busca apenas compreender mais sobre a percepção de imagem corporal e hábitos alimentares e de exercícios. A qualquer momento do curso da sua participação nesta pesquisa você terá qualquer dúvida esclarecida, a liberdade de recusar a participar, ou retirar seu consentimento, sem nenhuma forma de penalização ou constrangimento.

Identificação do responsável pelo estudo

Pesquisador: Bruna W. Cuba

Orientadora: Prof^a Dr Eliane Mauerberg-deCastro

Co-Orientadora: Adriana Inês de Paula

Laboratório da Ação e Percepção, Departamento de Educação Física - IB/UNESP

Av. 24-A, 1515 - Bela Vista, Rio Claro - SP CEP- 13505-900

Fone: (19) 3526-4160 Ramal 40

e-mail: mauerber@rc.unesp.br

Nome do participante (responsável) _____

RG: _____ Data de Nascimento _____

Sexo _____ idade _____

Endereço _____ Cidade/Estado: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Instituição _____

Assinatura

Local e data

ANEXO 3. Informações dos participantes

Nome: _____ Código _____
 Data: ____/____/____ Idade : ____ Sexo: F () M ()
 Peso: _____ Kg Altura: _____
 Ocupação: _____ Cidade: _____

- Faz quantas refeições por dia:

- () Uma () Duas () Outras: especificar _____
 () Três () Cinco

- Dieta:

- () Faz atualmente
 () Já fez Durante quanto tempo: _____ Há quanto tempo: _____
 () Nunca fez

- Cirurgia Plástica:

- () Já fez
 () Pretende fazer
 () Não pretende
 () Nunca faria
 () Outros: Especificar _____

- Suplementos alimentares e outros:

- () Usa atualmente
 () Já usou
 () Não pretende
 () Nunca usaria
 () Outros: Especificar _____

- Se você pudesse trocaria alguma parte do seu corpo? () SIM QUAL? _____
 () NÃO

- Em quantos dias da semana você realiza atividade física? _____ dias por semana.

- Quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

_____ horas _____ minutos

- Tipo de deficiência – membros afetados:

- () Braço Direito () Perna Direita () Tronco
 () Braço Esquerdo () Perna Esquerda

- Tipo de deficiência – causas:

- () Lesão Medular
 () Paralisia Cerebral
 () Amputação

() Poliomielite

() Acidente Vascular Cerebral

() Outras. Especificar: _____

14-Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15-Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16-Evito comer alimentos que contenham açúcar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17-Costumo comer alimentos dietéticos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18-Sinto que os alimentos controlam minha vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19-Demonstro auto-controle diante dos alimentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20-Sinto que os outros me pressionam para comer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21-Passo muito tempo pensando em comer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22-Sinto desconforto após comer doces	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23-Faço regimes para emagrecer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24-Gosto de sentir meu estômago vazio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25-Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26-Sinto vontade de vomitar após as refeições	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EAT-26 David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al. (1982)

ANEXO 5. Questionário sobre a imagem corporal (BSQ)

Questionário sobre a imagem corporal

CÓDIGO _____

DATA _____

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | | |
|-------------------|-------------------------|-------------|
| 1. Nunca | 2. Raramente | 3. Às vezes |
| 4. Frequentemente | 5. Muito frequentemente | 6. Sempre |

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediado faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupado com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gordo (ou mais gordo)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com homens magros faz você se sentir preocupado em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gordo, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outros homens e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nu, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que o fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6

16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo?	1	2	3	4	5	6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondado?	1	2	3	4	5	6
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que os outros homens sejam mais magros que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magro?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhado, você fica preocupado em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir magro?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

ANEXO 6. Questionário sobre deficiência física e estima corporal (PDBEQ)

Questionário sobre Deficiência Física e Estima Corporal

Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. Concordo plenamente | 2. Concordo |
| 3. Discordo | 4. Discordo plenamente |

1) Minha deficiência física me faz sentir menos atraente	1	2	3	4
2) Eu invejo pessoas com o corpo “normal”	1	2	3	4
3) Eu me sinto confortável com as partes do meu corpo mais afetadas pela minha deficiência	1	2	3	4
4) Se uma pessoa me disesse que eu sou sexy eu duvidaria dela	1	2	3	4
5) Minha deficiência torna meu corpo mais interessante	1	2	3	4
6) Pessoas com deficiência têm corpos menos atraentes do que a população “normal”	1	2	3	4
7) Eu evito espelhos porque eles me lembram da minha deficiência	1	2	3	4
8) Minha deficiência física é um desestimulante sexual	1	2	3	4
9) Minha deficiência faz meu corpo parecer feio	1	2	3	4
10) Se eu pudesse trocava de corpo com uma pessoa não deficiente	1	2	3	4
11) Não sinto atração por pessoas com deficiência física	1	2	3	4
12) Minha aparência seria melhor se eu não tivesse uma deficiência	1	2	3	4
13) Eu tento esconder minha deficiência sempre que possível	1	2	3	4