

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA - PPSSEA**

MARISA PEREIRA PESSOA

MANAUS - AMAZONAS

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA - PPSSEA**

**A relação da prática de atividade física com a imagem e
estima corporal de pessoas com deficiência física**

CAAE: 11338919.0.0000.5020

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, sob orientação da Professora Doutora Artemis Soares.

Orientadora: Prof^a Dr^a Artemis de Araújo Soares

MANAUS - AMAZONAS

2020

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pessoa, Marisa Pereira

P475p A relação da prática de atividade física com a imagem e estima corporal de pessoas com deficiência física / Marisa Pereira Pessoa . 2020

70 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Artemis de Araújo Soares

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Imagem Corporal . 2. Deficiência Física. 3. Atividade Física. 4. Educação Física. I. Soares, Artemis de Araújo. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MARISA PEREIRA PESSOA

**A RELAÇÃO DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA COM A IMAGEM E ESTIMA CORPORAL DE
PESSOAS COM DEFICIENCIA FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Aprovado em vinte e quatro de janeiro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Professora. Dra. Artemis de Araújo Soares
Presidente

Professora. Dra. Minerva Leopoldina de Castro
Membro

Professora. Dr. Afonso Celso Brandão Nina.
Membro

Professora. Dra. Kelly de Jesus.
Suplente

Professora. Dr. Karla de Jesus Suplente

Aos meus queridos avós Claudionora, Renato e Libório e à minha querida sogra que hoje se encontram ao lado do Poder Superior, sou grata por todos os ensinamentos que deixaram. Saudades eternas. E a minha linda sobrinha Izadora, que está a caminho trazendo amor e luz à sua família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Poder Superior que me deu a vida, que me guiou e me permitiu viver essa conquista.

Agradeço a minha família, minha mãe, Veremity, a minha irmã Izabel e a Talita pelo amor, carinho, apoio e paciência incessante que me deram, por serem minhas estrelas guias, por me educarem, me protegerem e me incentivarem a superar minhas dificuldades, sem elas eu não seria quem sou hoje.

Agradeço às amigas Erika Soares, Ariela Beatriz, Rafael Martins, Jaqueline Marinho, Bárbara Lira, por todo incentivo, suporte e torcida que me concederam. Todas fazem parte disso.

Agradeço às amigas de mestrado Bonine John, Maria Carolina e Kamila Pimentel, pelo convívio desde a graduação, pelos momentos de apoio, torcida que compartilhamos.

Agradeço ao Programa de Pós Graduação Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – PPGSSEA e à todo corpo docente pelo compromisso e respeito comigo e com meus colegas.

Agradeço à Professoras Artemis Soares pela honra da sua atenção e dedicação na grandiosa orientação que me deu, pelo respeito e cuidado comigo. Eu a admiro profundamente.

Agradeço à Professora Minerva Leopoldina por ser minha grande referência desde a graduação e por ter me despertado o amor pela Educação Física Adaptada.

RESUMO

As experiências na vida de uma pessoa com deficiência física (DF) podem motivar alterações em sua imagem corporal (IC), já que esta é a representação mental da identidade corporal e é influenciada por aspectos fisiológicos, sociológicos e emocionais. Estas alterações corporais podem modificar completamente a maneira como a pessoa com deficiência encara e utiliza seu corpo durante suas tarefas cotidianas e em suas relações sociais, e pode comprometer o desenvolvimento da sua autoestima, autoconfiança, autonomia entre outros fatores. Dentro dessa temática desenvolvemos este estudo que tem como objetivo analisar a satisfação da imagem corporal em pessoas com DF praticantes de atividade física regular (AF). A pesquisa se caracteriza como qualitativa e foi realizada através de entrevista estruturada sobre deficiência física e estima corporal. Foi possível constatar que pessoas com DF são comprometidas com a prática regular de AF tendo como média de tempo de pratica no programa 96 meses (8 anos), média de idade de 49 anos. Os resultados das perguntas da entrevista foram equilibrados e nos mostraram que pessoas com DF podem ter dificuldades em alguns aspectos da sua IC que podem causas transtornos emocionais se não forem trabalhados, mas para a maioria dos participantes isso não os faz ter inveja de um corpo sem DF e nem os faz se sentir feios, o que consideramos extremamente positivo. Favorecendo assim aspectos da autoaceitação, autoconfiança e autoestima.

Palavras-Chave: Imagem Corporal, Deficiência Física, Atividade Física.

ABSTRAC

The experiences in the life of a person with a disability can motivate changes in their body image, since this is the mental representation of body identity and is influenced by physiological, sociological and emotional aspects. These bodily changes can completely change the way the person with a disability views and uses his body during his daily tasks and in his social relationships, and can compromise the development of his self-esteem, self-confidence, autonomy, among other factors. Within this theme we developed this study that aims to analyze the satisfaction of body image in people with physical disabilities who practice regular physical activity. The research is characterized as qualitative quantitative and was carried out through a structured interview on physical disability and body esteem. Result: it was possible to verify that people with physical disabilities are committed to the regular practice of physical activity with an average time of practice in the program 96 months (8 years), average age of 49 years. The results of the five interview questions were balanced and showed us that people with physical disabilities may have difficulties in some aspects of their body image that can cause emotional disorders if they are not worked, but for most participants this does not make them envious of a body without DF and doesn't even make them feel ugly, which we find extremely positive. Favoring aspects of self-acceptance, self-confidence and self-esteem.

Keywords: Body Image, Physical Disability, Physical Activity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
4.1 Imagem corporal	18
4.2 Deficiência Física	20
4.3 Deficiência física e imagem corporal	22
4.4 Atividade Física.....	27
4.5 Atividade Física e Deficiência	28
5. MATERIAL E MÉTODOS	32
5.1 Sujeitos da Pesquisa	32
5.2 Aspectos éticos.....	34
5.3 Critérios de inclusão.....	34
5.4 Critérios de exclusão	34
5.5 Instrumentos de coleta de dados	35
6. ANÁLISE DE DADOS.....	35
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
7.1 Descrição da amostra	36
7.2 Descrição e análises das narrativas	43
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
9. REFERÊNCIAS	55
10. APÊNDICE.....	65

1. INTRODUÇÃO

A imagem corporal (IC) é a visão que o indivíduo tem de seu corpo, é formada, estruturada e reproduzida na mente do mesmo. É o conjunto de sensações construídas pelos sentidos (audição, visão, tato, paladar), sendo influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que ele vive (ADAMI et al., 2005). A imagem corporal (IC) é fundamental para as interações com o meio, como para a orientação espacial e mobilidade (NASÁRIO E ERNEST, 2011). Além disso, sua importância também pode ser notada nas relações sociais e afetivas, uma vez que a imagem que o indivíduo tem de si e o seu sentimento com relação a esta imagem implica diretamente na maneira como o indivíduo vivenciará tais relações (NASÁRIO E ERNEST, 2011).

Outra definição de imagem corporal (IC) que é aceita na literatura foi a idealizada por Paul Schilder, que 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"* (SCHILDER, 1999, p. 11). E ainda: *"O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. Esse 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 uma mera representação"*. (SCHILDER, 1999).

Entende-se, portanto, a imagem corporal (IC) como uma experiência de unidade, uma forma de esquematização e figuração do corpo advinda das experiências.

Diante do conceito de IC, possíveis modificações na percepção da imagem corporal decorrente de alterações físicas ou psicológicas podem causar modificações na IC, alterando a autoimagem e as interações com o meio e com os outros. Alterações como a deficiência física (DF), podem alterar a forma com o que o indivíduo lida com o seu corpo, a forma com que ele interage com pessoas e o ambiente. Aliada a essas limitações, dependendo do tipo de DF presente pode haver complicações no estado de saúde da pessoa que vão desde disfunções vesicais e sexuais até a formação de

úlceras de pressão. Estas alterações corporais modificam completamente a maneira como a pessoa com deficiência encara e utiliza seu corpo durante suas tarefas cotidianas e em suas relações sociais (ALVES; DUARTE 2010).

Segundo a CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - (2010), a DF é uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. Acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros ou face com deformidade congênita, ou adquirida. Já a incapacidade refere-se ao plano funcional, desempenho do indivíduo e a desvantagem diz respeito à condição social de prejuízo, resultante da deficiência e/ou incapacidade (SCHIRMER; BROWNING; BERSCH; MACHADO 2007).

No Brasil aproximadamente 15,5% da população é constituída de pessoas que possuem algum tipo de DF, sensorial ou intelectual, isto é, são cerca de 24,5 milhões de pessoas que, em virtude de sua deficiência, tem dificuldade de impedimento, total ou parcial da realização de suas atividades particulares ou sociais (CENSO, 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013), A prevalência de Deficiência Física no Brasil é de 1,3% DF, sendo que 0,3% da população nasceu com deficiência física, 1,0% a adquiriu em decorrência de doença ou acidente. E 46,8% possuía grau intenso ou muito intenso de limitações, ou ainda não conseguia realizar as atividades habituais, além disso 18,4% da população com deficiência física frequentava algum serviço de reabilitação

Podemos classificar a DF em dois tipos, DF adquirida (decorrente depois do nascimento) pode causar uma mudança abrupta na imagem corporal do deficiente físico. Ele se vê de um dia para o outro, com a imagem corporal alterada, e em vista disso precisa reestruturá-la. O seu processo de desenvolvimento inclui tarefas difíceis como a de incorporar a cadeira de rodas a sua imagem e a tarefa de aprender a interagir com as imagens corporais de pessoas que não possuem deficiência física (DF). Sua construção deve respeitar essa nova condição (ALVES; DUARTE 2010). Já quando a deficiência é identificada no nascimento é chamada de congênita, por vários tipos de causas.

A pessoa com DF durante seu processo de reabilitação tem a tarefa de redescobrir seu corpo. Esse processo de redescobertas inclui a vivência de suas limitações e o conhecimento de novas capacidades, sendo necessária a aceitação dessas condições pelo mesmo para que assim ele consiga se reestruturar para o retorno ao convívio familiar e social (ALVES; DUARTE 2010).

A perda ou alteração de um membro ou capacidade do corpo também ser enfrentada como uma situação de luto, por significar uma circunstância em que houve a ruptura, abrupta ou não, da situação antes idealizada e conhecida. Esta perda pode ser real, quando há de fato uma ruptura na relação com o objeto amado, como na morte, ou pode ser simbólica, quando ocorre uma decepção na relação idealizada (MATTOS, 2015).

Para Albuquerque (2009), o corpo é sinônimo de identidade. O corpo é um meio de contato físico e social do indivíduo com o meio externo, a imagem corporal do sujeito está relacionada com suas potencialidades e limitações. Quando ocorre uma alteração há a perda não só do membro, mas também da função e da sensação relacionadas a ele. É neste contexto que pode haver relações entre amputação, perdas e morte (simbólica, de uma parte do corpo) e luto, surgindo relatos de membro e de dor fantasma, ou seja, a sensação de ainda possuir o membro, mesmo sabendo que ele não existe mais.

Para Paiva e Goellner (2008), a perda real de um membro do corpo é também a morte simbólica de um projeto de vida e de transformação na identidade do sujeito. A sensação de membro fantasma pode se manifestar nos indivíduos em diferentes situações, como por exemplo: amputação de algum membro, em casos de aferição de plexo braquial, e, até mesmo em situações de tetraplegia (CONCEIÇÃO E GIMENES, 2004). Segundo Ramachadran e Blakeslee (2002) não são apenas pernas e braços fantasmas, há muitos casos de seios fantasmas em muitas pacientes que sofreram uma mastectomia radical (retirada da mama).

Tamayo et. al. (2001) indicam que o processo do indivíduo organizar suas experiências, reais ou imaginárias, controlar o processo informativo relacionado consigo mesmo e desempenha a função de auto-regulação deve ser denominado de autoconceito, o qual é constituído pelos componentes avaliativo (autoestima),

cognitivo (percepção dos traços, características e habilidades) e comportamental (estratégias de autoapresentação), todos influenciados pela cultura.

Portanto, compreende-se que os conceitos de autoimagem, imagem corporal e autoconceito são indicadores de um autoconhecimento, o qual é construído com base no relacionamento consigo mesmo e com os outros (SANTIAGO et al. 2005).

Frente a tudo isso, no processo de reabilitação é necessário trabalhar de forma global, e a atividade física (AF) é um meio para desenvolver habilidades motoras, psicológicas e sociais com uma nova perspectiva. Trata-se da Educação Física adaptada.

Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU em 13 de dezembro de 2006, em reunião da Assembléia Geral para comemorar o Dia Internacional dos Direitos Humanos é um marco para assegurar os direitos das pessoas com deficiência física e o artigo 26 recomenda:

Medidas apropriadas, inclusive por meio do apoio de pares, para permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência, sua mais completa capacidade física, mental, social e vocacional, além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), a reabilitação é —um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente. Pode ser definida também como uma estratégia para equalização de oportunidades e integração social de todas as pessoas com deficiência (OMS, 2011).

Concordamos com Medola et al. (2011), quando o autor afirma que a atividade esportiva adaptada atua como complemento do processo de reabilitação das pessoas com comprometimento motor, e a participação em desportos representa novos desafios. Esses desafios quando bem orientados são contornados de forma eficaz, gerando autoconfiança.

Acentuam Martins; Rabelo (2008), que a prática esportiva é uma estratégia eficaz para a promoção, manutenção ou melhora na vida de pessoas com DF. Afirmam também, que participar de um programa de AF regular ou até mesmo um esporte específico, controla o estresse e reduz a tendência depressiva.

Atualmente, com o advento da inclusão e programas sociais de acessibilidade na comunidade, adolescentes e adultos com deficiência têm amplas e diferenciadas oportunidades para fazer algum tipo de AF — diferente daquelas encontradas em ambientes segregados. Além do aspecto social da participação em programas diversificados em atividade física em si, o engajamento por parte desses indivíduos deve impor demandas realistas e eficazes no gasto energético (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004; PETERSON; JANZ; LOWE, 2009). De fato, a prática regular de atividades físicas, seja através do desporto ou em aulas de educação física, é considerada fator de proteção contra os processos degenerativos do organismo, atuando como um agente promotor de saúde (GUIMARÃES, 1993; BARRETO et al., 2005). Ainda, a aderência da prática regular de AF resulta em maior conscientização dos benefícios concretos por parte desses indivíduos, inclusive ampliando relações sociais, equilibrando estados emocionais e promovendo a melhora de funções orgânicas.

Apesar do crescimento de espaços e projetos voltados para pessoas com DF, infelizmente ainda é possível percebermos a exclusão dessas pessoas do convívio social por não se enquadrarem no estereótipo do corpo perfeito, imposto pela sociedade. Isto pode motivar alterações em sua imagem corporal, já que esta, como afirma Tavares (2003), é a representação mental da identidade corporal e é influenciada por aspectos fisiológicos, sociológicos e emocionais. Estas alterações corporais modificam completamente a maneira como a pessoa com DF encara e utiliza seu corpo durante suas tarefas cotidianas e em suas relações sociais, podendo além da imagem e estima corporal, comprometer também o desenvolvimento da sua autoestima, autoconfiança, autonomia entre outros fatores (TAVARES, 2003).

O desenvolvimento da IC é intimamente ligado à estruturação da identidade no seio de um grupo social (TAVARES, 2003). Partindo do conceito de IC, Schilder (1977) afirma que a preocupação com a dimensão corporal, apresentada pelas pessoas que cercam o indivíduo, interfere de modo fundamental na elaboração da imagem corporal desse indivíduo. Segundo o autor, as experiências e sensações obtidas em ações e reações às relações sociais também contribuem para a estruturação da IC.

Portanto, é importante destacar a adesão das pessoas com DF a prática regular de AF, pois como foi citado anteriormente, em seus vários tipos de manifestações, a

AF promove sensações de bem estar geral contribuindo para a diminuição da ansiedade e depressão com melhorias das funções cognitivas, autoconceito, autoimagem, autoestima e autoconfiança da pessoa com DF (COSTA, DUARTE, 2002; COSTA, DUARTE, 2001; MELLO, et al 1996; OLIVEIRA, CASAL, 2001). É importante destacarmos a diferença entre os conceitos de Exercício Físico (EF) e Atividade Física (AF), então, segundo Caspersen et al. (1985) exercício físico é uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhora e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. Afirma ainda que a atividade física é definida como: qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior que os níveis de repouso.

Os benefícios da AF estão diretamente relacionados com o nível de aptidão física, que é segundo Pate (1988), a aptidão física está relacionada à saúde como: realizar atividades no cotidiano com vigor e energia; e demonstrar traços e capacidades associados a um baixo risco de desenvolvimento de distúrbios orgânicos provocados pela falta de atividade física, e também à saúde das pessoas. Vale destacar que AF também pode ser utilizada de forma terapêutica para o tratamento e manutenção da saúde de pessoas com alguma patologia ou doença crônica.

A AF foi aderida também pelas pessoas com DF devido à possibilidade da prática de uma atividade sem exigência de um repertório motor refinado e não somente para fins de reabilitação, pois com as devidas adaptações de ambiente, regras e equipamentos a prática se torna acessível para todos. Possibilitando desta forma superações pessoais, novas descobertas e desenvolvimento de potencialidades motoras que são aspectos importantes que influenciam na autoestima e IC.

Infelizmente, apesar do crescimento de pessoas com DF praticantes de algum tipo de AF, ainda temos muitos que estão em casa ou na escola que nunca experimentaram por falta de acessibilidade, seja através de um projeto na comunidade ou porque o professor de Educação Física não está preparado para inseri-lo. Por esse motivo, ainda há uma adesão baixa à prática de exercícios, onde a maioria das pessoas com deficiência não conseguem integrar ao EF regular em seu dia-a-dia, o que apresenta um agravante para o impedimento de um estilo de vida ativo.

Portanto, a prática de AF não deve se constituir como um estimulador dos aspectos que influenciam o desenvolvimento da autoimagem, 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 autoimagem positiva (SANTIAGO, A. L.; SOUZA, M. T.; FLORINDO, A. A. 2005).

2. JUSTIFICATIVA

Atualmente, boa parte das pesquisas que envolvem tarefas de percepção de imagem corporal mostram que a insatisfação com o corpo é o resultado de um julgamento corporal equivocado, pouco acurado e fortemente influenciado pelo componente afetivo em qualquer faixa etária (McCABE; RICCIARDELLI, 2004). O que pouco se discute é se estímulos disponíveis de outros sistemas (i.e., sistema somatossensorial) interagem e colaboram para a percepção da imagem corporal e suas influências.

O estudo da IC pelos profissionais da área de Educação Física e outros traz uma mudança da perspectiva em relação à pessoa com deficiência. Ampliamos nossa capacidade de entendê-los e de entrar em contato, possibilita-nos um trabalho capaz de fornecer um —reconhecimentooll da imagem corporal em sua nova condição. Auxilia-nos na valorização das diferenças e reconhecimento da singularidade de cada ser. Para tanto, o termo deficiência corresponde a —qualquer restrição ou perda na execução de uma atividade, resultante de um impedimento, na forma ou dentro dos limites considerados como normais para o ser humanoll (CIDADE, 2002).

Percebendo a grande importância da prática da AF para manutenção da saúde, lazer ou reabilitação por diversos públicos, em especial para pessoas com DF, vem crescendo mesmo que de forma tímida espaços acessíveis para deficientes, como por exemplo: programas de atividades esportivas dentro de Universidades públicas, voltado especificamente para as pessoas com deficiência física, intelectual e visual, oportunizando a vivência e aprendizado do acadêmico em formação ter contato de desenvolvendo habilidades para trabalhar com esse público. E para principalmente

que a Educação Física ocupe esses espaços de forma responsável, se aproprie de conhecimentos para mudar a vida dessas pessoas, desenvolvendo suas capacidades e potencialidades em diferentes atividades. Estas atividades contribuem para que as pessoas com deficiência se conheçam como corpo que se movimenta, que se expressa em gestos e movimentos (PALMA; MANTA, 2010).

Para Tavares (2003), a AF (incluindo o exercício) deve proporcionar ao indivíduo vivências que possibilitem um desenvolvimento de sua imagem corporal, o que implica, em última instância, tornar-se consciente de seus próprios sentimentos e reações fisiológicas em relação ao corpo e à atividade, respeitando seus limites e suas possibilidades. Este é um processo que pode ser facilitado pelo profissional da Educação Física ao trabalhar experiências corporais com seus alunos, considerando as necessidades educativas especiais dos mesmos (TAVARES, 2007).

O impacto do esporte e da AF sobre o autoconceito também tem sido abordado em diversas pesquisas. A influência desta variável parece depender não exclusivamente da ação benéfica da AF sobre o funcionamento fisiológico do organismo, mas também da dimensão social presente nesta variável. Várias pesquisas têm mostrado o efeito positivo da atividade física regular sobre a saúde física e mental (THIRLAWAY; BENTON, 1992).

A prática de AF busca superar as situações negativas, aumentando a participação da pessoa na sociedade, viabilizando sua identidade social. As pessoas com deficiência física que participam desta prática tomam consciência de suas limitações e suas potencialidades, possibilitando o desenvolvimento da autoimagem, da autoestima e da autoconfiança, estimula a independência e a interação social (SOARES; BLASCOVI, 2011).

Para fins de pesquisa, a imagem corporal subdivide-se em duas dimensões: atitudinal (ou comportamental) e perceptiva (SKRZYPEK; WEHMEIER; REMSCHMIDT, 2001). A dimensão atitudinal investiga os comportamentos, emoções e cognições do sujeito a respeito do próprio corpo e da aparência através de questionários (e.g., Body Shape Questionary), entrevistas clínicas e escalas que avaliam as atitudes em relação à imagem corporal (BUN et al., 2011; LAUS; COSTA; ALMEIDA, 2009). A dimensão perceptiva pode ser avaliada por métodos que possibilitam a distorção do tamanho das dimensões do corpo, através de sistemas de

distorção (e.g., softwares de imagens), de manipulação de luzes e compassos ou por registro em molduras ou folhas de papel (e.g., silhuetas de Stunkard). Estes métodos permitem avaliar como uma pessoa estima o tamanho e a forma de seu corpo (PAULA, 2010; TAVARES et al., 2010). Baseado nesses conceitos, duas modalidades de disfunção de IC podem ser distinguidas: a distorção perceptiva do tamanho do corpo e a insatisfação cognitiva-avaliativa (aspecto comportamental/atitudinal) (SKRZYPEK; WEHMEIER; REMSCHMIDT, 2001). Na literatura, é evidente a maior quantidade de estudos que investigam a dimensão atitudinal em relação ao corpo quando comparada à dimensão perceptiva. Historicamente, os questionários se mostraram um instrumento de fácil aplicação e entendimento (TAVARES et al., 2010). Segundo Thompson (2004), existem mais de 50 escalas que avaliam a percepção da imagem corporal, mas apenas poucas foram validadas. A exceção da escala de Stunkard (SMT), que foi validada para adultos brasileiros por Scagliusi et al. (2006) e, mais recentemente o instrumento denominado —imagem corporal após câncer de mamã (GONÇALVES et al., 2008), poucos estudos de validação das escalas para o Brasil são encontrados na literatura (LAUS; COSTA; ALMEIDA, 2009). A ausência de instrumentos validados ou metodologias apropriadas talvez justifiquem um número menor de estudos no âmbito perceptivo.

Sendo assim, este trabalho analisou a satisfação da imagem e estima corporal de pessoas com deficiência física praticantes de atividade física através de uma entrevista estruturada e Investigar o impacto da pratica de atividade física regular no sentimento da pessoa com DF no que se refere a autoestima e auto aceitação, identificar o sentimento do deficiente em relação ao corpo não deficiente

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a satisfação da imagem corporal em pessoas com deficiência física praticantes de atividade física, na cidade de Manaus.

3.2 Objetivos Específicos

- Investigar como o impacto da prática de atividade física regular no sentimento da pessoa com deficiência física no que se refere à autoestima e autoaceitação, dos participantes do PROAMDE.
- Pesquisar como a pessoa com deficiência física avalia esteticamente seu corpo.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Imagem corporal

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

A percepção que construímos acerca do nosso corpo é influenciada por diversos fatores além dos constantes estímulos (predominantemente imagens) que recebemos do ambiente. Entre os aspectos mais estudados estão às emoções e as experiências passadas. A definição de IC de Cash e Pruzinsky (2002) reflete a subjetividade dessa percepção. Estes autores definem IC como um construto multidimensional e sua representação pode englobar tanto elementos perceptivos quanto atitudinais. Esse conceito inclui a imagem mental que cada pessoa possui do tamanho e forma do corpo somada a comportamentos e sentimentos sobre a sua aparência e funcionalidade física. Portanto, abrange processos neurológicos, fisiológicos, psicológicos, afetivos e sociais (TAVARES, et. al. 2010).

Já Friedman e Brownell (1995) afirmam que a IC consiste em um construto multidimensional composto de representações sobre o tamanho e a aparência do corpo e de respostas emocionais associadas ao grau de satisfação suscitado por essas percepções. Nesse sentido, as distorções na imagem do próprio corpo (superestimativa do tamanho corporal) são, em geral, acompanhadas de rejeição ou insatisfação corporal (extensão em que os indivíduos rejeitam seus corpos).

Larrosa (2003) remete que os corpos são formados pela trama social de determinada época, momento, pelas práticas sociais, sendo que assim os discursos e representações sobre os corpos são assumidos e ressignificados pelos sujeitos.

Silva e Ribeiro (2010) retomam que o ambiente representa o movimento histórico, político, social, cultural, o qual intervém nos corpos através das relações estabelecidas, representadas e ressignificados, assim, o ambiente representa o momento em que o corpo pode construir e reconstruir seus discursos a partir de suas identidades.

Acerca do desenvolvimento da IC, Ribeiro (2009) aponta que o desenvolvimento da IC implica em: desenvolver 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 realmente é; ou descobrir as possibilidades do corpo ampliando suas possibilidades de ação. Ou seja, viver, conviver, pensar, sentir e agir são formas de movimento e de presença corpórea que caracterizam a existência humana.

Para Tavares (2003) o sujeito constrói sua identidade corporal baseado na vivência de suas sensações. Como a IC é a representação mental desta identidade corporal, ao ampliar a compreensão sobre a dimensão de cada percepção no contexto existencial do homem, poderemos olhar sob novas perspectivas o desenvolvimento da identidade corporal e de sua imagem. Campana e colaboradores (2009) citam que é no corpo existencial que se inscrevem nossos afetos, nossas experiências, nossas vulnerabilidades, potencialidades e limitações.

Concordamos com Tavares (2003) quando ele diz que desenvolver a IC implicar dois processos fundamentais: a produção de imagens e a estruturação da identidade do corpo. Ainda afirma que o sujeito constrói sua identidade corporal baseado na vivência de suas sensações. E a sua existência é essencial para a construção da individualidade e a construção da identidade em cada ser humano. E o esporte pode contribuir de forma direta com a construção, modificação, adaptação da imagem corporal, tanto em pessoas deficientes e não deficientes.

Através dessas colocações podemos ainda acrescentar que as interações sociais, ambientais, culturais que o individuo está inserido irão influenciar na construção e desenvolvimento da sua IC, trata-se de vivências que podem impactar positivamente ou negativamente e todo o suporte emocional contribui nesse desenvolvimento, seja no contexto familiar, escolar, na comunidade. O contato com as praticas esportivas, sejam elas com objetivos recreacionais ou específico possibilita

o autoconhecimento físico, emocional e psicológico. Quebrar barreiras pessoais, superar suas dificuldades, descobrir suas potencialidades é o que a prática de um esporte, de uma atividade física regular pode proporcionar para pessoas com algum tipo de deficiência ou não.

4.2 Deficiência Física

Trazemos então o conceito de deficiência física (DF), que é caracterizada como sendo toda alteração física no corpo humano, resultante de algum problema ortopédico, neurológico ou de má formação congênita (MAUERBERG-deCASTRO, 2005). Como consequência, a pessoa com DF apresenta comprometimentos em seu desenvolvimento, bem como limitações para a realização de tarefas motoras (BENTO, 2004). Dados estatísticos revelam que o número de pessoas com DF vem aumentando nas últimas décadas (LIANZA, 2001). Este aumento é devido principalmente a lesões traumáticas (80%) provocadas por ferimentos decorrentes de acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, armas de fogo, mergulho em águas rasas, quedas; e não traumáticas (20%) que podem ser de origem tumoral, infecciosa, vascular e degenerativa (LIANZA, 2001).

É importante destacarmos a diferença entre deficiência, incapacidade e desvantagem que circundam o tema, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID (2010), a deficiência é qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Representa a exteriorização de um estado patológico e, em princípio, reflete distúrbios no nível do órgão; a incapacidade é uma restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra; e a desvantagem está ligada as condições desfavoráveis que podem impedir o indivíduo de desempenhar atividades consideradas normais para ele, esta vinculada às condições e valores sociais.

O termo deficiente, de acordo com o art. 1º da Resolução 3447 (intitulada Declaração dos Direitos dos Deficientes, aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas – ONU, em 9 de dezembro de 1975), é designado por indivíduos em situação de —incapacidade de prover por si mesma, no todo ou em parte, as necessidades de

uma vida pessoal ou social normal, em consequência de uma deficiência congênita ou não de suas faculdades físicas ou mentais (DALLASTA, 2005).

A partir de 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS), adotou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), na qual estão os domínios referentes ao corpo (estrutura e função) e aos aspectos contextuais. Com apoio na CIF avalia-se a limitação nas atividades básicas e nas instrumentais, assim como a restrição na participação social (BUCHALLA, 2005), fatores envolvidos no modelo social da deficiência.

De acordo com Gaio (2006):

[...] não podemos pensar o deficiente apenas do ponto de vista de um corpo fora dos padrões impostos historicamente pela sociedade. Urge uma nova visão de vida, que evoque dimensões utópicas de esperança, que possa valorizar o potencial humano presente em todos os seres humanos.

Superar a tradição de explicar o ser humano como mutilado, reduzido, unidimensional e técnico é, segundo Moreira (1998), o que a corporeidade propõe, ou seja, um conceito pluridimensional, pois ele é o mesmo que produz poesia e arte. Possibilitar a vivência individual e coletiva que conduz os seres humanos ao ser e estar presentes no mundo junto com os outros, respeitando-se as diferenças existentes entre todos, poderá ocorrer à medida que o envolvimento com o assunto se multiplicar e fortalecer, na perspectiva de promover a inclusão, ou seja, a conjunção de todos aceitando e respeitando as diferenças (PORTO, 2001).

Para Dalla Déa; Duarte (2009), em relação aos termos relacionados à deficiência, afirmam que a utilização dos mesmos de forma inadequada implica o risco de reforçar e perpetuar a idéia de falsos conceitos. Uma terminologia adequada não carrega preconceitos, estigmas e estereótipos. Assim como é necessário políticas públicas para garantir a acessibilidades desses deficientes a ambientes capazes que atender suas necessidades, tal como capacitar professores para recebê-los na escola, no ambiente esportivo, nos espaços voltados para a prática de AF.

Nossa vivência com práticas corporais voltadas para as potencialidades dos deficientes físicos nos permite concordar com Ribas (1985), quando diz que qualquer definição de deficiência implica na imagem que cada um faz das pessoas com

deficiência, e que as palavras são expressões verbais criadas a partir de uma imagem que a mente constrói, o que naturalmente depende da vivência de cada um.

Foi é possível perceber nos alunos o quanto evoluem quando se trabalha com eles de forma planejada didaticamente para atender suas necessidades e principalmente quando a atividade proposta o oportuniza superar situações que nunca tinham tentando antes. A exemplo podemos citar situações muito simples mas que tem valor: lançar uma bola acima, a frente ou para alguém; aprender a se deslocar com velocidade e segurança; praticar fundamentos de uma disciplina esportiva que antes lhe parecia impossível, agora adaptado.

4.3 Deficiência física e imagem corporal

Existem vários fatores que influenciam na construção e reconstrução da imagem corporal e esta, por sua vez, por ser um fenômeno multifacetado, sofre modificações a todo instante (SCHILDER, 1999; TAVARES, 2003) e também influências da interação com o ambiente (FROIS; MOREIRA; STENGEL, 2011). Nesse sentido, grupos de pessoas em diferentes condições de limitações físicas e na saúde são particularmente vulneráveis à distorção de imagem e insatisfação com sua aparência.

Segundo Cash (2002), duas grandes dimensões explicam como o corpo se apresenta para nós: a perceptiva e a atitudinal. A dimensão perceptiva está relacionada ao reconhecimento de forma e tamanho corporal, e a dimensão atitudinal está relacionada aos sentimentos e crenças sobre o corpo. A insatisfação corporal é a depreciação com a aparência e o corpo (sentimentos negativos) (CASH, 2002) e afeta profundamente a imagem corporal.

Desde a origem da raça humana, as pessoas diferem entre si. A diversidade manifesta-se, por exemplo, na distinção entre homens e mulheres, nas etapas do ciclo da vida e na própria fragilidade humana, fatores que podem determinar limitação no desempenho de algumas atividades. Como consequência da supervalorização da capacidade física, sensorial e cognitiva, as pessoas com deficiência enfrentaram a eliminação, a exclusão, e muitas formas de segregação como prova do preconceito, da discriminação e da desvalorização de suas vidas. Em todas as situações manifesta-

se a opressão sobre os indivíduos de grupos minoritários em situação de vulnerabilidade (MAIOR, 2010).

Um foco atual e relevante de pesquisas sobre imagem corporal é identificar formas para prevenir os quadros de imagem corporal negativa marcadas por comportamentos, crenças e sentimentos fortemente negativos em relação ao corpo - e promover a imagem corporal positiva – que compreende reconhecimento de potencialidades e limites, respeito, cuidado, afeto e proteção ao corpo (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005; CASH, 2004).

Nesta perspectiva, é pertinente considerar que alguns tipos de experiências corporais são particularmente positivos para promover a conexão do indivíduo com sua realidade corporal, ser aceito e se aceitar, elaborar as perdas e reconhecer as vulnerabilidades (KRUEGER, 2002, 2001).

Entre estas experiências destacam-se aquelas que podem emergir durante a prática de atividade física. A atividade física, dirigida ou não, pode ser um meio para retomar o desenvolvimento da imagem corporal, porquanto permite ao sujeito encontrar lugares de afeto, de novas vivências corporais que ofereçam oportunidades de reconstruir a identidade, apesar das lacunas (CYRULNIK, 2004). Segundo Krueger (2002), para alcançar este intento, os trabalhos com exercícios físicos, atividades físicas ou terapias corporais devem permitir uma experiência direta do —eull corporal e do afeto, sem culpa.

Algumas pessoas, especialmente mulheres adolescentes e adultas (SIEGEL, 2002; RICHARDSON; PAXTON; THOMPSON, 2009), idosos (TWIGG, 2004; TRIBESS; VIRTUOSO; PETROSKI, 2010) e pessoas com deficiência (LEASE; COHEN; DAHLBECK, 2007) são mais suscetíveis à insatisfação por influência da mídia ou pela perda da funcionalidade corporal. O conceito de corpo que o indivíduo associa com sua forma física muitas vezes não é realista, pois mudanças significativas impostas por uma lesão interferem no seu conceito de aparência aceitável sobre o próprio corpo, levando a necessidade de desenvolvimento de um conceito particular e único de beleza.

Considerando a IC como uma unidade conceitual passível de transformações decorrentes de suas relações e a própria história pessoal, experiências restritas ou

negativas por grupos com deficiência motora podem representar um fator de risco para distorção da imagem corporal.

De acordo com Santana (2003), autoconceito corresponde à percepção que a pessoa tem a seu respeito, sendo esta um processo psicológico e uma variável importante para o comportamento do mesmo. Com relação à autoestima, esta diz respeito à forma como nos sentimos acerca de nós mesmos e nossas reações aos eventos do cotidiano. A autoestima é determinada pelo autoconceito, podendo ser considerada como seu componente avaliador. Assim, observa-se a estruturação de um entendimento sobre a imagem corporal do deficiente associada com a elucidação dos fatores envolvidos na autopercepção de sua condição e também em suas reações psicológicas.

Por se tratar de questões que muitas vezes não são desenvolvidas como deveriam é provável que uma parcela da população constituída por pessoas com DF pode apresentar defasagem ou distúrbio da IC por apresentar alterações funcionais ou mesmo falta de segmentos corporais, agravada por uma reabilitação que muitas das vezes só atende o lado prático do processo, deixando de lado aspectos importantes que precisam ser trabalhado com a mesma eficiência, como a autoestima. Nesse sentido, a deficiência física, pode representar um fator de risco para IC do indivíduo. A construção negativa da IC faz com que o autoconceito do indivíduo também fique negativo, ampliando valores estigmatizantes, preconceituosos e que suportam sentimentos de inferioridade, baixa autoestima e depressão.

Cash (2002) define IC como um construto multidimensional, e suas mudanças podem englobar elementos perceptivos e atitudinais. Ou seja, não é um conceito unidimensional que foca apenas a imagem mental que cada um possui do tamanho e forma do corpo, mas também inclui comportamentos e sentimentos sobre a sua aparência e funcionalidade física, portanto abrange processos fisiológicos, psicológicos e sociais.

Nas pessoas com deficiências a AF 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 autoimagem. Portanto, a prática não deveria valorizar apenas os aspectos técnicos, mas também se constituir como um

estimulador da autoimagem 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 autoimagem positiva (CUBA, 2008).

Muitos estudos, apresentando metodologias diversas, enfatizam a importância da informação sobre o impacto do EF na imagem corporal. Esses estudos reconhecem a necessidade de análises críticas, uma vez que consideram a diversidade de informações existentes. Dada possibilidade de ser uma fonte de compensações longitudinais e também de agravamento de transtornos, é de extrema importância o conhecimento das consequências que as intervenções de atividades físicas podem exercer sob um determinado grupo, esclarece Gonçalves (2009).

Gallahue e Ozmun (2003) citam que ao fazer escolhas, tentativas, experimentar e explorar, descobrimos quem somos, o que podemos e o que não podemos fazer. Ou seja, que por meio de nossas experiências contribuiremos para a formação e estruturação de nossas identidades.

Para Tavares (2003) as atividades artísticas, vivências corporais individuais ou em grupo, esportes, ginástica, práticas sistemáticas e atividade física, entre outras, ampliam as possibilidades de novas percepções e movimentos, novas alternativas para optar em cada circunstância da vida, implicando no dinamismo do processo de desenvolvimento da imagem corporal.

Viver, conviver, pensar, sentir e agir são formas de movimento e de presença corpórea que caracterizam a existência humana. Para Tavares (2003) o sujeito constrói sua identidade corporal baseado na vivência de suas sensações. Como a imagem corporal é a representação mental desta identidade corporal, ao ampliar a compreensão sobre a dimensão de cada percepção no contexto existencial do homem, poderemos olhar sob novas perspectivas o desenvolvimento da identidade corporal e de sua imagem. Campana e colaboradores (2009) citam que é no corpo existencial que se inscrevem nossos afetos, nossas experiências, nossas vulnerabilidades, potencialidades e limitações.

Para Ribeiro (2009) o desenvolvimento da Imagem Corporal implica em: desenvolver 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 realmente é; ou descobrir as possibilidades do corpo ampliando suas possibilidades de ação.

De acordo com Souza (2001) as pessoas com elevado autoconceito mais facilmente acreditam serem capazes de superar suas dificuldades. Ele relata que um dos objetivos do esporte e do lazer para pessoas com deficiência têm como propósito elevar o autoconceito. O processo de aprendizagem e a constatação do aprimoramento das técnicas, do condicionamento físico, das regras dos jogos e das brincadeiras, das funções e efeitos psíquicos e sociais da prática regular da atividade física orientada, devem ser parte integrante do processo de elevação do nível de aspiração desta clientela especial. A competência motora desempenha papel positivo no desenvolvimento do autoconceito. Gallahue e Ozmun (2003) relatam que a soma das experiências de vida e dos sentimentos da pessoa a respeito dessas experiências contribuem para esse modelo mental. Que ao fazer escolhas, tentativas, experimentar e explorar, descobrimos quem somos e o que podemos e o que não podemos fazer.

Souza (1994) relata que a vivência da pessoa com deficiência no esporte permite a este visualizar um caminho positivo para a sua vida, direcionando-o no seu comportamento em relação à sua personalidade, à sua vida em sociedade e outros aspectos.

De uma forma geral as pessoas com DF devem ser estimuladas a praticar atividades físicas, procurando assim tomar consciência de suas limitações, mas também de suas potencialidades. Cada tipo de DF apresenta características peculiares que devem ser levadas em consideração. Quando necessário para a participação efetiva de todos na prática, deve-se fazer adaptações e/ou modificações no ambiente, dos materiais, regras entre outras. O favorecimento de atitudes não preconceituosas e com valores positivos se faz necessário. O ambiente de prática assim como as pessoas que neste estão inseridas, devem fazer seus ajustes, incluindo a pessoa com deficiência. É este ajuste que beneficiará o processo de inclusão. Segundo Freitas e Cidade (2002) os objetivos das atividades físicas para os deficientes físicos devem englobar o desenvolvimento da autoimagem e da autoestima; estimular a independência e a interação com outros grupos; ampliar a

experiência intensiva com suas possibilidades e limitações; vivência de situações de sucesso, possibilitando a melhoria da autovalorização e autoconfiança.

4.4 Atividade Física

Desde a antiguidade, a prática de atividade física é de grande importância para a vida de todo e qualquer ser humano. Pois é através de pequenos movimentos que descobrimos a capacidade de nossos corpos em realizar desde os movimentos mais simples aos mais complexos (MONTEIRO; SILVA, 2010).

É sabido que a aptidão física e o estado de saúde se relacionam à prática frequente de atividade física e/ou exercício físico, apresentando melhores níveis de resistência cardiorrespiratória, força muscular, entre outros benefícios, os indivíduos que são fisicamente ativos (PAIVA, et al., 2010).

Ressalta-se a definição de atividade física segundo a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: —qualquer movimento como resultado de contração muscular esquelética que aumente o gasto energético acima do repouso e não necessariamente a prática desportiva (LAZZOLI, et al., 1998, p.107). Além disso, os autores confirmaram que a atividade física promove benefícios, e é importante que se crie o hábito e o interesse da prática da atividade física por crianças e adolescentes, priorizando a atividade física no cotidiano e valorizando a educação física escolar, estimulando a prática de atividade física por toda a vida.

Esclarecido o que é atividade física é importante esclarecer que Exercício Físico é uma subcategoria da atividade física que é planejada, estruturada, repetitiva e proposital com o objetivo da melhoria ou manutenção de um ou mais componentes da aptidão física.

A prática regular, organizada e estruturada do exercício físico está relacionada a diversos benefícios para a saúde, vantagens fisiológicas, prevenção e redução dos efeitos de doenças como diabetes, hipertensão, estresse, cardiopatia e osteoporose, melhora a autoestima e a avaliação da imagem corporal, e aperfeiçoamento de habilidades motoras. Para o deficiente físico ela representa mais, pois resulta no próprio sucesso, que vai além do processo de reabilitação. Weinberg e Gould (2001),

Matsudo e Matsudo (2000) afirmam que os principais benefícios à saúde advindos da prática de EF referem-se aos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais.

O exercício físico regular pode contribuir para a melhora da saúde a permitir aos indivíduos uma vida mais produtiva e mais agradável. Estimulando a autonomia, independência, convívio social, mudanças positivas na autoestima, autoconfiança. Mostrando que superação está além do processo de reabilitação, pois na vida diária é necessário lidar com diversos desafios.

4.5 Atividade Física e Deficiência

Antes de falarmos sobre a relação da atividade física e a deficiência física é importante contextualizar como tudo começou. O esporte, para pessoas com deficiência (esporte adaptado), surgiu como uma ferramenta alternativa no processo de reabilitação e reinserção de soldados que retornavam da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) com alguma seqüela física, cognitiva e/ou psicológica (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Esses indivíduos tiveram que lidar com uma nova condição de vida, historicamente marcada pelo estigma da incapacidade (CARDOSO, 2011; FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011). A reabilitação tinha como objetivo minimizar as consequências causadas pela guerra (ARAÚJO, 2011). Nesse sentido, na cidade de Aylesbury, Inglaterra, foi inaugurado o Centro de Lesados Medulares do Hospital de Stoke Mandeville, que tinha como diretor o neurocirurgião Ludwig Guttman, considerado o precursor do esporte adaptado (COSTA; SOUSA, 2004). Ele e seus colaboradores inseriram a prática esportiva no programa de reabilitação, como forma de motivar os pacientes a prosseguirem com o tratamento e a melhorarem as suas condições físicas, psicológicas e sociais (GUTTMAN, 1967; DARCY; LEGG, 2016).

Nesse sentido, as atividades esportivas surgiram como parte da reabilitação, de forma a motivar os pacientes a prosseguir com o tratamento, pois a longa permanência nos centros de reabilitação poderia ser motivo para desistência (CASTRO, 2005). O esporte possibilita melhorar as condições físicas, psicológicas e sociais dos pacientes (GUTTMANN, 1967; DARCY; LEGG, 2016). As primeiras modalidades esportivas desenvolvidas em Stoke Mandeville, foram dardos, sinuca,

punch-ball (dar socos em uma bola suspensa), skittles (espécie de boliche) (MIRANDA, 2011), polo e netball em cadeira de rodas (posteriormente, se tornou o basquetebol em cadeira de rodas) e arco e flecha (MADEVILLE LEGACY, 2018). Os efeitos positivos dessa prática motivaram Guttman a organizar em julho de 1948, para coincidir com a cerimônia de abertura dos JO de Londres, uma demonstração de arco e flecha entre os dezesseis pacientes de Stoke Mandeville e do Star & Garter Home 5, ambos localizados no Reino Unido (MARQUES et al, 2013). A intenção do evento era fazer com que as pessoas com deficiência reconhecessem suas capacidades e a sociedade enxergasse as potencialidades de um corpo que visualmente parecia não ter funcionalidades.

Esse evento, denominado Jogos Nacionais de Stoke Mandeville (JSM), foi propulsor para o surgimento do movimento paralímpico e, também, contribuiu para o desenvolvimento do esporte adaptado (BENFICA, 2012).

A procura pela prática regular de AF pela pessoa com DF ou para qualquer outro tipo de deficiência inicia-se com a tentativa de colaborar no processo de reabilitação, e inicialmente emprega a AF como meio de testar suas possibilidades, prevenir contra doenças secundárias e promover a integração total do indivíduo na sociedade, com a possibilidade de fazer relações de amizade, num sistema de inclusão. Esta procura pelo EF vem crescendo dia a dia, pois, oferece a oportunidade de experimentarem o EF com algo regular e mais específico que promove sensações e movimentos, que possam melhorar a capacidade física, social e psicológico (HORTA et al., 2009; LABRONICI et al., 2000).

O acesso de pessoas com deficiência aos programas de AF oferecidos na assistência básica à saúde e nos programas públicos, embora assegurado em lei, ainda é uma realidade distante. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) previa, desde sua criação, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida e a utilização dessas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação. Em 2013, o Estatuto da Pessoa com Deficiência reforçou o conceito, reafirmando a responsabilidade do poder público de garantir a participação de pessoas com deficiência em atividades recreativas, esportivas, de

lazer, culturais e artísticas, inclusive no sistema escolar (BRASIL, 2013). No entanto, embora exista escassez de dados oficiais, estudos apontam que mais de 60% das unidades básicas de saúde e das academias ao ar livre espalhadas pelos municípios brasileiros não apresentam estrutura acessível para pessoas com deficiência (SERON; ARRUDA; GREGUOL, 2015).

As dificuldades para o acesso de pessoas com deficiência aos programas públicos de AF, sejam pelas barreiras arquitetônicas ou pela falta de capacitação profissional, reduzem ainda mais as oportunidades de participação. Dados não oficiais sobre o assunto apontam que apenas 10% das pessoas com deficiência no Brasil praticam alguma atividade física regularmente (SOLER, 2005; GUTIERRES FILHO et al., 2010).

Rimmer e Marques (2012) destacam que existem provavelmente mais de 1 bilhão de pessoas com deficiência em todo o mundo, com maior prevalência nos países mais pobres, e que estas apresentam muito menos oportunidades de se envolverem em programas de AF quando comparadas àquelas sem deficiência. Segundo os autores, as principais barreiras para a prática de AF nessa população poderiam ser divididas em pessoais (dor, fadiga, percepção de que a atividade seja difícil, falta de conhecimento sobre as atividades) e ambientais (falta de transporte, de equipamentos adequados, de profissionais capacitados, de acessibilidade arquitetônica e de recursos financeiros para a prática). Cabe destacar que as crenças e atitudes dos familiares, dos amigos e das próprias pessoas com deficiência podem ser barreiras ou facilitadores para a prática. Dessa forma, a disseminação do conhecimento sobre os benefícios e as possibilidades de prática de AFEs por essa população é peça-chave para a melhor adesão aos programas disponíveis (VASUDEVAN, RIMMER e KVIZ, 2015).

Muitos são os benefícios que podem ser destacados da prática de AF por pessoas com deficiência, tanto no domínio físico como nos aspectos psicológico e social (QUINTANA e NEIVA, 2008; YAZICIOGLU et al., 2012). Alguns pontos a serem destacados são o aumento na capacidade funcional, a promoção da saúde, o desenvolvimento de relacionamentos sociais e do otimismo, a inclusão em atividades sociais, a melhora na autoconfiança, a autoeficácia, a autoestima, além do aprimoramento da qualidade de vida (WILHITE e SHANK, 2009). Só o fato de

conhecer um esporte ou o próprio exercício físico, mesmo sem praticá-lo, já é benéfico, pois melhora a percepção sobre a deficiência, tornando mais positiva a visão sobre as possibilidades de pessoas com essa condição (PERRIER, SHIRAZIPOUR e LATIMER-CHEUNG, 2015).

A falta de oportunidades de engajamento em programas de AF ao longo da vida faz com que pessoas com deficiência estejam mais predispostas a desenvolver doenças hipocinéticas, como cardiopatias, hipertensão, diabetes, obesidade e doenças osteoarticulares crônicas (HOLBROOK, KANG e MORGAN, 2013)

O estado de saúde e bem-estar de pessoas com deficiência é visto como ponto crucial que afetará diretamente sua capacidade de socialização, aprendizagem, trabalho e autonomia. Por esse motivo, comportamentos de risco a saúde observados com frequência nessa população, tais como maior tendência ao sobrepeso, alimentação inadequada, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo, devem ser vistos como preocupações de saúde pública (WHO, 2006). De acordo com essa premissa, o incentivo a um estilo de vida considerável

—saudável pode ser compreendido como um ponto chave na redução dos fatores de risco à saúde de pessoas com deficiência. Entre esses hábitos, a prática de AFs ou o próprio exercício físico configura-se como ponto de destaque, já que o sedentarismo é considerado como grave problema de saúde pública em todo mundo, independentemente de gênero, faixa etária e presença ou não de alguma deficiência (WHO, 2016).

Sobre a AF, pesquisas e instituições por todo o mundo têm propagado a importância de sua prática por todas as pessoas, com uma recomendação mínima de 150 minutos semanais de atividades moderadas (ACSM, 2016; WHO, 2016). O fato é que, ao acumular mais minutos de vida ativa, melhora-se substancialmente a aptidão física relacionada à saúde, aprimorando a qualidade de vida e reduzindo a ocorrência de doenças relacionadas à falta de movimento (hipocinéticas) (CASTRO et al., 2013). No caso de pessoas com deficiência, o fato de essas recomendações não serem atingidas é provavelmente devido à falta de oportunidades de participação, agravada pela indisponibilidade de programas específicos ou inclusivos e pelas dificuldades de acesso aos espaços públicos nos quais a prática seria possível (RAUCH et al., 2016).

A prática de AF também busca superar as situações negativas, aumentando a participação da pessoa na sociedade, viabilizando sua identidade social. As pessoas com DF que participam desta prática tomam consciência de suas limitações e suas potencialidades, possibilitando o desenvolvimento da autoimagem, da autoestima e da autoconfiança, estimula a independência e a interação social (BLASCOVI, 2011).

A motivação esportiva tem sido uma das variáveis psicológicas mais estudadas no contexto da educação física, demonstrando que a permanência de praticantes no exercício físico está relacionado ao prazer e satisfação dos mesmos em suas práticas (MIZOGUCHI; BALBIM; VIEIRA, 2013).

Na atualidade, a atividade física e o esporte para pessoas com deficiência, principalmente, após as últimas Paraolimpíadas, têm recebido por parte da mídia de maneira geral um relativo espaço, propiciando à sociedade de forma geral, o conhecimento a respeito do esporte adaptado e propiciando as essas pessoas, a motivação e o despertar para a prática destas atividades, quer seja como forma de lazer, recreação, reabilitação ou até mesmo, como forma competitiva, com a finalidade de participar de competições (COSTA, 2001).

5. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, com suporte em Gil (2007), para quem este tipo de estudo proporciona uma maior familiaridade com o problema que está em questão. A questão exploratória caracteriza-se pela utilização de levantamento de dados sobre a identificação de idade, gênero, tipo e nível de deficiência física, assim como tempo da prática, através de entrevistas.

5.1 Sujeitos da Pesquisa

Foram nossos colaboradores os alunos do Programa de Atividades Motores para Deficientes (PROAMDE) UFAM, devidamente matriculados, na faixa etária entre 18 a 50 anos e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o TCLE, com a autorização da coordenação do programa.

O PROAMDE- Programa de Atividade Motoras para Deficientes, é um programa de extensão institucionalizado, nascido e desenvolvido na Faculdade de Educação

Física e Fisioterapia – FEFF – da Universidade Federal do Amazonas, fundado em 1991. Atende centenas de alunos por ano com as mais diversas deficiências promovendo a prática de AF qualificada, em ambiente seguro e alegre para esses alunos.

Atualmente o Proamde é desenvolvido em dois pólos. O pólo 1-HUGV e o pólo 2-FEFF. No HUGV, polo 1, o Programa tem atuação multidisciplinar composta por nutricionista, urologista, assistente social, profissionais de educação física, psicólogo, pedagogo e fisioterapeuta. Lá são atendidos pacientes com sequelas de lesão medular, onde o objetivo dos atendimentos é diminuir o tempo entre a aquisição da deficiência e o conhecimento sobre as características inerentes de sua nova condição, para o alcance de uma vida, o mais independente e produtiva possível.

A atuação no pólo HUGV é dividida em duas etapas:

Etapa 1– é uma atuação no leito, durante o período de internação hospitalar e a atuação da equipe multidisciplinar com o paciente e a família;

Etapa 2– Direcionada às pessoas que foram atendidas na primeira etapa ou encaminhadas por outros hospitais e/ou pessoas. Essa etapa visa favorecer a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos sobre: o manejo de cadeira de rodas, transferências (ex: cama-cadeira; cadeira-chão; e vice e versa) para melhor mobilidade em casa e na comunidade, condicionamento físico; aprendizagem do autocuidado – higiene pessoal, autocateterismo, prevenção de escaras e de sequelas secundárias; conhecimento sobre os direitos da pessoa com deficiência; aspectos nutricionais, suplementos alimentares; atendimento psicológico e acompanhamento pedagógico. Visando capacitar e possibilitar a esta pessoa o retorno a sai condição de saúde e um estilo de vida mais independente possível.

No pólo 2- FEFF – são realizadas atividades de Educação Física e Esportes para dez turmas divididas por idade e/ou deficiência, abrangendo crianças, adolescentes e adultos com diversos tipos de deficiência, assim divididas:

1. Programa de Educação Física:

- a) Atividades no ginásio ou área verde da Feff – divididos por idade e deficiência;
- b) Atividades aquáticas – divididos de acordo com sua habilidade na água.

2. Atividades Esportivas – para aqueles que adquiriram habilidades motoras suficientes para realizar um trabalho mais especializado. a) Baquete sobre rodas;
b) Bocha adaptada;
c) Atletismo.

O objetivo do Proamde é o que a pessoa com deficiência pode realizar, proporcionando o desenvolvimento de suas potencialidades e ressaltando a participação fundamental da família, como foi destacado na pesquisa. A família tem um papel imprescindível, pois ela pode influenciar positivamente no processo de ensino-aprendizagem e no desenvolvimento integral do aluno.

5.2 Aspectos éticos

Na presente pesquisa foram preservados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos presentes na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa maneira, foram mantidos os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, assegurando os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa à comunidade científica e ao Estado. O estudo somente foi colocado em prática após a aprovação do Comitê de Ética da UFAM, sob o número CAAE:

11338919.0.0000.5020.

Foi trabalhado junto com os participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após a sua assinatura e entrega de uma das vias para o participante, foram realizadas as entrevistas. No decorrer da pesquisa, todas as medidas em relação ao sigilo e confidencialidade dos participantes, assim como sua autonomia, foram asseguradas, conforme os princípios éticos da Resolução já citados.

5.3 Critérios de inclusão

Ter deficiência física;
Estar regularmente inscrito no programa.

5.4 Critérios de exclusão

Faltar no dia da coleta;
Praticar esporte com caráter profissional.

5.5 Instrumentos de coleta de dados

Os participantes preencheram as informações idade, sexo, tempo de prática no programa, responderam a uma entrevista estruturada contendo cinco perguntas sobre seu sentimento e estima em relação sua imagem corporal - Apêndice 1 (pag. 67/68), assim como a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pag. 69) Realizou-se também um levantamento do tipo, causa e nível da deficiência.

6. ANÁLISE DE DADOS

Como procedimento estatístico realizou-se uma análise descritiva das respostas correlacionando com a média da idade, gênero, tempo de prática e a descrição do tipo lesão assim como a patologia e sequela.

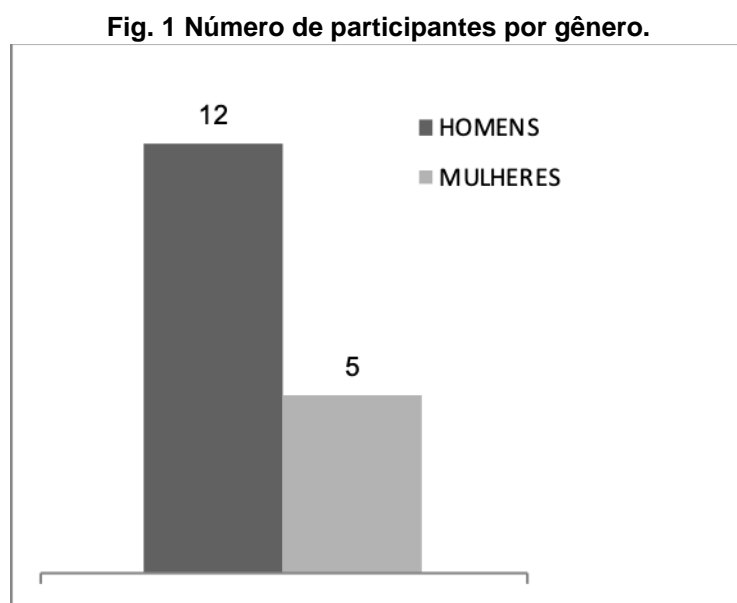
Antes de iniciarmos o processo de entrevistas foi devidamente realizado o processo de instrução quanto ao questionário formatado e quantidade de perguntas que seriam aplicadas, bem como as opções ali colocadas e como deveriam identificar suas respostas. Foi necessário realizar algumas adaptações para que os participantes se sentissem mais à vontade em responder. Identificamos nas primeiras entrevistas que alguns participantes se sentiram envergonhados ao responder perguntas sobre seu sentimento em relação ao seu corpo. Decidimos então, entregar a folha de entrevista para que eles respondessem sozinhos, realizando intervenções como entrevistador em caso de dúvidas.

Em um caso isolado foi necessário que o (a) participante levasse a entrevista para casa, o que poderia representar um risco a pesquisa. A fim de diminuir a possibilidade desses riscos foram realizadas orientações minuciosas quanto a importância da não aceitação de ajuda de terceiros, e todas as dúvidas foram sanadas durante as orientações e em caso de dúvidas posteriores o participante poderia anotá-las e elucidá-las quando da entrega da entrevista, o que aconteceu no prazo estipulado.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Descrição da amostra

A caracterização da amostra é mostrada pela **figura 1**: participaram da pesquisa dezessete sujeitos, sendo doze homens e cinco mulheres.



Fonte: banco de dados da pesquisa

A **figura 1** mostra o número de sujeitos que participaram da pesquisa, observando-se grande diferença entre os gêneros. Isso pode ser explicado por se tratar de um programa em que é necessário ter acesso a algum tipo de transporte, o que para a realidade de muitas pessoas com DF é algo difícil em virtude do mal serviço ofertado pelo transporte público, por exemplo. Outra explicação é pelo duplo estigma que a mulher deficiente carrega, ou seja, o peso de ser mulher que sofre preconceito ao ser julgada como sexo frágil quando comparada ao homem, e possuir um corpo com deficiência aumenta ainda mais esse tipo de julgamento. O padrão estético exigido e aclamado socialmente é que para a mulher ser considerada bonita precisa ter um corpo esbelto, magro e delicado, influencia negativamente no desenvolvimento da IC consequentemente nos aspectos de autoestima, autoconfiança e autoaceitação. Por não se encaixar nesse tipo de padrão imposto socialmente, reforça e promove ainda distorções da IC e pode aumentar sentimentos de inferioridade. Sem falar na

jornada intensificada que a mulher com DF tem no seu dia a dia que inclui administrar o lar, cuidar dos filhos sozinha, manter ou buscar um trabalho para ter sua independência. Pois, é a realidade da maioria das mulheres com ou sem DF.

Já no contexto esportivo, historicamente, no Brasil, a participação da mulher nas olimpíadas aconteceu de forma tardia, porque a sua inserção em qualquer esporte e prática esportiva até metade do século XX era irrisória (PERES, 2004). Para quebrar o Jejum, Maria Lenk, na década de 30 foi a primeira brasileira e sulamericana a participar de um evento olímpico, e nessa mesma época foram criadas algumas competições voltadas para mulheres, dentre elas, os Jogos Femininos do Estado de São Paulo, conforme destaca Brito (2019).

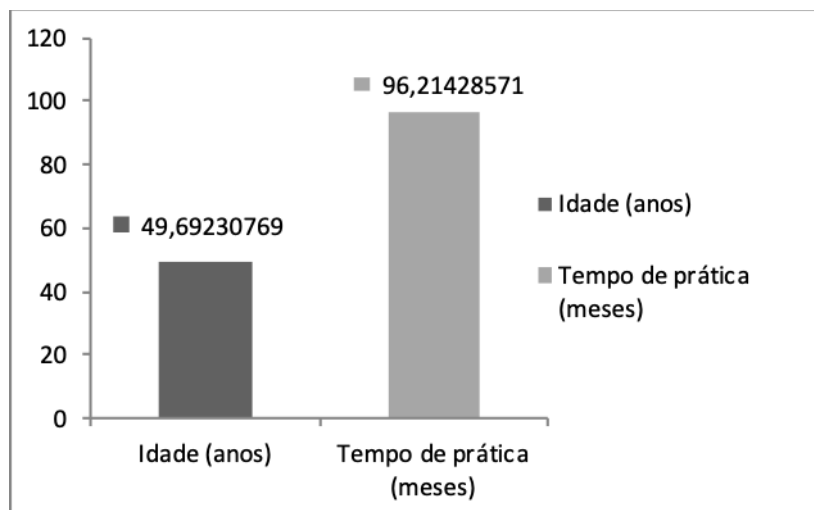
É preciso enfatizar o fato de que a sociedade está em constante evolução, estamos vivendo uma mudança de paradigma nas relações masculino/feminino. Esta mudança deve ser consolidada com um pensamento profundo e integrador que possibilite uma felicidade pessoal e coletiva maior.

Isso só se consegue desconstruindo relatos que destroem a harmonia masculino/feminino e construindo novos símbolos que inspirem práticas civilizatórias e humanizadoras para os dois sexos, conforme nos mostra Brito (2019).

Conforme mostra a **figura 1** a amostra foi composta significativamente por homens que na sua maioria já praticam AF regular, há pelo menos 8 anos, tempo de pratica bastante significativo. Esse resultado nos leva a pensar que pessoas com DF podem ser mais comprometidas e regulares na pratica de AF com espaços e programas que atendam suas necessidade, com professores capacitados para desenvolver atividades com processos pedagógicos e espaços adequados.

A **figura 2** mostra a média de idade participantes que foi de 49, 69 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 70. Em cinza mostra a média do tempo de prática de AF que foi de 96 meses, tempo este que se mostrou alto.

Figura 2. Média de tempo de prática de atividade física em meses e a média de idade dos participantes em anos.



Fonte: banco de dados da pesquisa.

Consideramos positiva a média de idade e tempo de prática, pois significa que o DF tem interesse em praticar AF em qualquer idade. Eviciando o ímpeto que pessoas com DF tem em projetos voltados para suas necessidades.

Falando em projeto, vale a pena destacarmos a fala dos autores Nabeiro e Zonta (2006) quando afirmam que existem estudos que demonstram os benefícios promovidos por projetos de extensão universitária dirigidos para pessoas com DF que trabalham com a promoção da socialização, relações interpessoais, incrementos na autoestima e acréscimos no repertório; avanço na mobilidade, melhora das atividades de vida diária, da autoconfiança e da percepção corporal dos alunos (BORELLA et al., 2011); melhora da motricidade, dos aspectos sociais e emocionais (PINHEIRO et al., 2012); níveis de coordenação aprimorados, controle de movimentos em habilidades motoras básicas, melhora da comunicação e da socialização (PINDOBEIRA et al., 2012); ampliação do repertório motor, socialização, aumento da autoestima e melhor qualidade de vida (ROSSI et al., 2012).

A **figura 3** traz a descrição das patologias encontradas entre os sujeitos. As mais frequentes foram o AVE – Acidente Vascular Encefálico e o traumatismo raquimedular.

Fig. 3. Descrição dos tipos e quantidade das causas de Patologia encontrada na amostra

PATOLOGIA	
Paralisia Cerebral	1

Acidente Vascular Encefálico (AVE)	5
Traumatismo Craniano-Encefálico (TCE)	1
Má formação	1
Distrofia muscular	1
Poliomelite	1
Traumatismo raquimedular	5
Tumor medular	1
Hérnia de disco	1

Fonte: banco de dados da pesquisa.

O AVE caracteriza-se em uma doença grave e muito frequente. Com uma incidência anual de 750.000 novos casos, a doença cerebrovascular é a terceira maior causa de óbitos e a primeira causa de sequelas nos EUA. Estatísticas brasileiras apontam o AVE como a principal causa de óbitos em nosso meio. Existem dois tipos principais de AVE: o isquêmico e o hemorrágico (NOVIS; NOVIS 2015).

AVE isquêmico caracteriza-se pela interrupção do fluxo sanguíneo (obstrução arterial por trombose ou por embolia) em uma determinada área do encéfalo, tornando a mesma isquêmica (NOVIS; NOVIS 2015).

As sequelas mais comuns são as motoras: dificuldade para andar, dificuldade para manter o equilíbrio; dificuldade para realizar atividades utilizando os membros superiores, como pegar objetos e realizar atividades mais meticulosas com as mãos; prejuízo definitivo na fala; também ficam comprometidas as capacidades cognitivas do indivíduo, como raciocínio, memória e atenção (NOVIS; NOVIS 2015).

O AVE hemorrágico ocorre quando há rompimento de um vaso cerebral, provocando hemorragia. Esta hemorragia pode acontecer dentro do tecido cerebral ou na superfície entre o cérebro e a meninge. É responsável por 15% de todos os casos de AVE, mas pode causar a morte com mais frequência do que o AVE isquêmico. Esse subtipo de AVE é mais grave e tem altos índices de mortalidade (ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, 2016).

As sequelas motoras mais comuns do AVE são: Paraparesia que consiste na perda parcial das funções motoras dos membros inferiores; Monoparesia que é a

perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior); Hemiparesia perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo). Além do comprometimento da fala e deglutição, a reabilitação e recuperação dos movimentos devem ser planejadas dentro da realidade de cada indivíduo.

A prática regular de AF é uma ferramenta bastante eficaz que pode ser utilizada no processo de reabilitação para recuperar a coordenação motora, o equilíbrio, o tônus muscular. Para isso, é necessário adaptações de acordo com a necessidade da pessoa, por exemplo a utilização de órteses.

Já o traumatismo raquimedular (TRM) é uma das lesões traumáticas mais comuns ao longo da vida e que mais causa sequelas ou óbitos. Compreende as lesões da coluna vertebral nas porções: óssea, ligamentar, discal, vascular, radicular ou medular (PASSOS et al., 2013). A localização anatômica da lesão está diretamente relacionada ao mecanismo de trauma, sendo que a região cervical constitui o segmento mais atingido (VASCONCELOS et al., 2011).

Os TRM podem ser divididos em duas categorias: as lesões primárias e as secundárias. As primárias são provenientes de agressão ou trauma inicial, em geral, permanentes. Já as lesões secundárias são consequências de lesão com contusão ou laceração onde as fibras nervosas incham e desintegram-se, produzindo também hipóxia, lesões hemorrágicas, causando a destruição da mielina e dos axônios (CREÔNCIO et al., 2012).

O trauma raquimedular (TRM) é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alterações da função motora, sensitiva e autônoma, ocorrendo predominantemente nos homens em idade produtiva (18-35 anos) (FARO, 1996).

Acidentes automobilísticos, queda de altura, acidente por mergulho em água rasa e ferimentos por arma de fogo têm sido as principais causas de traumatismo raquimedular. O dano à medula espinhal varia de uma concussão transitória, da qual o paciente recupera-se completamente (contusão, laceração e compressão da substância da medula) até uma transecção completa da mesma, tornando o paciente paralisado abaixo do nível da lesão traumática (ANDRADE, 2019).

O maior risco de potenciais complicações desses pacientes ocorre quando o acometimento da parte neurológica, ou seja, raízes nervosas, nervos periféricos e medula⁴. As principais alterações fisiológicas que ocorrem com esse paciente são: choque medular, choque neurogênico, trombose venosa profunda, disreflexia autônoma, bexiga neurogênica, intestino neurogênico, espasticidade, úlceras por pressão, pneumonias, alterações psicossociais e infecções (SARAIVA et al, 1995) .

A lesão medular pode ser classificada de acordo com o comprometimento sensório-motor que a pessoa apresenta. A medula pode ser parcial ou totalmente atingida e de acordo com a forma, determina-se o seu grau de comprometimento. E de acordo com o local pode-se dizer o nível da lesão. Uma lesão é classificada como completa quando não há função motora ou sensitiva preservada no segmento sacral. Numa lesão incompleta as funções motora e sensitiva estão preservadas no nível do segmento sacral (CASTRO, 2016).

Tendo como principais sequelas:

- A paraplegia: é ocasionada quando a lesão ocorre nos segmentos medulares torácicos, lombares ou sacrais, ocasionando comprometimento parcial ou total sensório-motor como paralisia dos membros inferiores (MMII) com algum comprometimento do tronco, dependendo do nível da lesão. Nesse tipo de lesão as funções dos membros superiores estão preservadas. Na paraplegia completa os membros superiores têm suas funções preservadas, mas os membros inferiores não apresentam qualquer movimento e não há função ou sensação muscular na área sacral inferior. Já a paraplegia incompleta os membros inferiores apresentam alguns movimentos, mas sem força suficiente que permita que a pessoa ande e existe contração voluntária da musculatura esfíncteriana.
- Tetraplegia: é ocasionada quando a lesão se localiza na medula cervical. Nela existe comprometimento parcial ou total sensório-motor nos quatro membros e tronco, podendo comprometer também a respiração. Pode haver função parcial dos membros superiores (MS), dependendo do nível da lesão.

No Brasil a incidência de TRM é de 40 casos novos/ano/milhão de habitantes, ou seja, cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, sendo que destes 80% das vítimas são homens e 60% se encontram entre os 10 e 30 anos de idade (MORAIS, 2013).

Estima-se que ocorram a cada ano no país, mais de 10 mil novos casos de lesão medular, sendo o trauma a causa predominante, o que representa uma incidência muito elevada quando comparada com outros países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Como já citamos anteriormente, a DF é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, podendo apresentar-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (DECRETO Nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, —all, c/c DECRETO Nº 3.298/99, art. 4º, I).

Na **figura 4** apresentamos a descrição das sequelas encontradas na amostra que teve a paraplegia com maior quantidade entre os participantes, seguida da hemiparesia e depois a hemiplegia e monoparesia.

A amostra da pesquisa trouxe seis tipos de sequelas, tendo como definições:

- **Paraplegia** – perda total das funções motoras dos membros inferiores;
- **Paraparesia** – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
- **Monoplegia** – perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
- **Monoparesia** – perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
- **Hemiplegia** – perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
- **Hemiparesia** – perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
- **Paralisia Cerebral** – lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.

Fig. 4. Descrição das sequelas e a quantidade encontrada na amostra.

SEQUELA	
Paraplegia	7
Monoplegia	1
Hemiplegia	2
Paraparesia	1
Monoparesia	2
Hemiparesia	4

Fonte: banco de dados da pesquisa.

7.2 Descrição e análises das narrativas

Quadro 1	
Pergunta 1. Sua deficiência física faz sentir-se menos atraente?	8 sim 9 não
8 sim: todos homens 9 não: 4 homens e 5 mulheres	

Fonte: banco de dados da

pesquisa.

As relações interpessoais às quais a pessoa com DF pode experimentar quando participa de um grupo que pratica de AF podem levantar questionamentos sobre a autopercepção, autoestima, autoconfiança.

Ao abordar a pergunta —sua deficiência física faz sentir-se menos atraente?", como se pode perceber no **quadro 1**, as respostas foram bastante equilibradas: 8 sujeitos responderam que sim, que se sentem menos atraentes. E 9 sujeitos responderam que não se sentem menos atraentes.

Esclarece-se que todos que responderam afirmativamente, que se sentem menos atraentes, são homens. Isso pode ser resultado de questões do papel que a sociedade atribui ao homem, sendo este o esteio da família, o mais forte, ou seja, em

geral é quem dita as normas da família. Então, ao possuir uma deficiência ele pode se sentir diferente e portanto, às vezes, inferior ou menos atraente.

Os sujeitos que disseram não se sentir menos atraentes, 5 são mulheres e 4 são homens. O intrigante nessas respostas é que as mulheres, comumente mais cobradas que os homens na sociedade, afirmaram que apesar da deficiência não se sentem menos atraentes. Já os homens surpreenderam dizendo que sim na sua totalidade. Isso nos permite dizer que eles também se tornam frágeis diante da deficiência. Conforme reforça Coqueiro (2008), a insatisfação com o corpo se apresenta tanto no gênero feminino quanto no masculino.

Um estudo de Damasceno, Lima, Vianna, Vianna e Novaes (2005) revela baixos indicadores de satisfação corporal, 24% para mulheres e 18% para homens. Estes estudos ainda afirmam que a insatisfação corporal masculina é caracterizada pelo desejo de possuir um corpo mais forte e volumoso. Esse padrão é influenciado e determinado pela mídia que por meio de revistas, filmes e novelas exibem a importância de estar dentro do modelo corporal dito ideal (FERREIRA et al., 2005).

Portanto, os homens que têm DF estão passando pela mesma e intensa pressão que as mulheres enfrentam para ter um corpo físico perfeito, como apontam Ferreira et al. (2005), pois os estudos revelam que o corpo masculino também se preocupa e se torna insatisfeito com a imagem corporal.

Essa insatisfação corporal pode gerar de acordo com os autores Franco e Novaes (2005), uma preocupação excessiva com a estética corporal que essa preocupação está se tornando um fenômeno em crescimento na sociedade que impõe padrões de beleza a serem seguidos, como tido anteriormente. Com toda essa pressão social e cultural pelo desejo estético, é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de transtornos corporais de imagem. E nossa pesquisa vem mostrando que os homens não estão insetos de sofrer com essa preocupação, pois mesmo que a maior parte de nossa amostra seja masculina, o que evidencia que homens também se preocupam com a estética são as respostas dadas por eles.

Santiago (2005) realizou uma importante pesquisa dentro do tema abordado, onde comparou a percepção da autoimagem de pessoas com DF praticantes de natação e investigou se nas relações interpessoais das pessoas com DF podem vivenciar situações desagradáveis, tais como: preconceito, discriminação e

segregação pelas diferenças corporais visíveis em relação à maioria das pessoas que convivem.

Em sua pesquisa, Santiago (2005) concluiu que a pessoa com DF parece obter benefícios em suas capacidades funcionais, fato que pode aperfeiçoar sua percepção da autoimagem gerando relações interpessoais e contribuindo para uma modificação positiva da autoimagem e que isto poderá proporcionar a pessoa com deficiência física uma atitude de resgate de sua identidade influenciando seu relacionamento com outros grupos e ocupando seu próprio lugar na sociedade, os afastando de situações desagradáveis.

A pesquisa de Santiago (2005) sugere ainda que a prática de AF pode otimizar a percepção da autoimagem por promover vivências prazerosas, nas quais a pessoa com DF se relaciona consigo mesmo, promovendo uma auto imagem independente, com os outros, e autoimagem interdependente que pode colaborar para combater sentimentos negativos e contribuir no processo de inclusão.

Franco e Novaes (2005) destacam que a preocupação excessiva com a estética corporal é um fenômeno em crescimento na sociedade que impõe padrões de beleza a serem seguidos, como tido anteriormente. Com toda essa pressão social e cultural pelo desejo estético, é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de transtornos e distorções corporais de imagem. E nossa pesquisa vem mostrando que os homens não estão isentos de sofrer com essa preocupação, pois mesmo que a maior parte de nossa amostra seja masculina, o que evidencia que homens também se preocupam com a estética são as respostas dadas por eles.

Contudo, concordamos com as autoras Pereira e Gama (2017) quando as mesmas afirmam que tudo o que o corpo vivencia é fundamental, que os movimentos assumem um papel de extrema importância para o reconhecimento do próprio corpo e para comunicação com o mundo externo. Devido a isto, as novas experiências somadas às antigas desenvolvem e melhoram a percepção corporal possibilitando uma melhor adaptação ao meio que se vive (Silva et al., 2004; Matsuo et al., 2007)

Turtelli, Tavares, Duarte (2002) salientam que a IC e o movimento se influenciam a todo o momento, e o desenvolvimento da IC depende dos movimentos, das experiências e das tentativas realizadas para conhecimento do próprio corpo.

Quanto mais positiva a relação do corpo com o meio externo, mais confiante os indivíduos tornam-se para a prática de AF.

Essas experiências aqui citadas ajudam e influenciam no autoconhecimento, e a AF é uma das ferramentas que podem facilitar. A fim de analisar a satisfação das pessoas com DF envolvidas nessa pesquisa a pergunta do **quadro 2** aborda uma questão de autoavaliação importante, que refere-se à análise da própria deficiência como um ponto positivo ou não no processo de autovalorização, onde cinco sujeitos responderam que sim, que a deficiência torna seu corpo interessante, e doze sujeitos não acham que a deficiência torna o seu corpo mais interessante. Essa resposta negativa pode ter influência do estigma que o corpo com deficiência ainda carrega, como Lipovetsky (2007) destaca, que as mudanças corporais são reflexos da sociedade de consumo, que atribui uma valorização a estética corporal, desta forma, a indústria cultural pelos meios de comunicação cria desejos e expõem imagens padronizando um determinado corpo (CARRARA et al., 2009). Ainda de acordo com o autor, estes corpos são idealizados, insatisfeitos e cobrados. E o DF por sua vez, não se enxerga nas imagens que são propagadas, reforçando valorização a estética corporal podendo comprometer negativamente o desenvolvimento da percepção corporal.

Quadro 2	
Pergunta 2. Sua deficiência torna seu corpo mais interessante?	5 sim 12 não
5 sim: 4 homens e 1 mulher 12 não: 8 homens e 4 mulheres	

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Um estudo realizado por Jodelet (1984) verificou que em poucos anos uma mudança cultural em determinado grupo social ocasionou importantes alterações na maneira como as pessoas se relacionavam com seus corpos. Essa mudança de relação com o corpo sugere que sua maneira de representá-lo também se alterou – demonstrando a relação direta da dimensão social com as representações sociais do corpo. Nesse sentido, os padrões corporais se enquadram em determinado contexto

e determinada cultura e são propagados pelas comunicações interpessoais e pelos meios midiáticos.

Seus resultados vêm corroborar com Santos e Silva (2017), que afirmam que até mesmo a construção de nossas identidades sociais estaria fortemente influenciada pela nossa corporeidade, possibilidades e limitações de movimentos e ações, que nos reúnem em torno de similaridades e características comuns e nos separam conforme nossas diferenças. Imaginamos, então, os possíveis efeitos da maneira com que são compreendidas as deficiências físicas no gerenciamento das relações sociais e, por consequência, nas construções indenitárias (SANTOS; SILVA, 2017).

Ainda falando sobre a construção e desenvolvimento da identidade, López e Fuertes (1999), referem que toda a problemática da sexualidade remete-nos, fatalmente, para o desenvolvimento humano e para a própria complexidade que o caracteriza. Tendo em vista que a sexualidade é uma extensão da personalidade, não se pode negar à pessoa com deficiência a liberdade de viver e expressar a sua sexualidade.

Contudo, Maia (2009) leva-nos a compreender que a IC é aquela imagem que temos do nosso corpo, uma imagem a partir de um referencial social e cultural, nem sempre compatível com o real, mas relacionada ao imaginário ou aquilo que é desejável socialmente. Para Werebe (1984) a IC se constitui numa relação dialética entre o real e o imaginário; disso resulta que a imagem que temos do corpo não é estática, mas é o resultado de uma construção dinâmica a partir de representações e de significados diferentes e complexos, construídos constantemente no processo histórico social. O processo de construção da IC, quando se trata da pessoa com DF, resulta, na maioria dos casos, na percepção de um corpo desvantajoso em relação as pessoas não deficientes (WEREBE, 1984). A comparação em relação ao um corpo sem deficiência pode estabelecer um percepção negativa e causar comportamentos de isolamento, baixa autoestima e nossa pesquisa nos permite afirmar que o contato e a pratica de atividade das pessoas com DF aumenta as possibilidades de superação de barreiras emocioais e dos padrões que a sociedade contemporanea ainda cobra de homens e mulheres.

Um dos sentimento que podem surgir quando nos comparamos é a inveja, que de acordo com o dicionário Aurélio (FERREIRA, 1999), pode ser definida como o

desgosto pelo bem alheio e o desejo de possuir o que o outro tem. A inveja, segundo De La Mora (1987), é o maior tabu humano não falado, todos a sentem, mas poucos admitem o que torna o estudo difícil e indireto. No caso da pergunta que consta no **quadro 3**, sobre a inveja de um corpo sem deficiência, a resposta da maioria mostrou que não sentem inveja, apesar de não achar que ter uma deficiência torna seu corpo mais interessante como já mostrado no **quadro 2**.

Isso nos leva a pensar que apesar de não acharem que seu corpo é potencialmente mais interessante por ter uma deficiência, isso não os leva a querer ter e ser uma pessoa sem deficiência, o que é um dado positivo.

Quadro 3	
Pergunta 3. Você sente inveja de pessoas com o corpo sem deficiência?	5 sim 12 não
5 sim: 4 homens e 1 mulher 12 não: 8 homens e 4 mulheres	

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Cukier (2011), diz que a inveja é um fenômeno universal. Conceituá-la, entretanto, não é tarefa fácil. Segundo a autora ela é usualmente confundida com o complexo sentimento de ciúme; outra dificuldade vem das possíveis gradações deste sentimento. É por aí que se ouve falar de uma inveja boa, bem próxima de uma admiração e fácil de ser admitida, em oposição à "inveja ruim", esta sim, semelhante à palavra em alemão Schadenfreude, que consiste num verdadeiro tormento diante da boa sorte alheia e um extremo prazer com o seu infortúnio (CUKIER, 2011). Logo, a inveja não pode ser vista como somente algo ruim, ela pode exercer um papel motivador ou simplesmente servir para uma análise individual de autoaceitação.

Se faz necessário mais estudos para uma análise profunda desse sentimento em pessoas com DF, pois esse sentimento pode ser usado de forma positiva, dependendo de como ele é desenvolvido.

Entraremos agora na dimensão das relações afetivas nas quais a pessoa com DF pode desenvolver quando participa de organizações sociais, sendo uma delas a

AF em grupo, e durante nossa pesquisa foi possível notar diversos tipos de manifestações afetivas, como a interação dos alunos uns com os outros, de alunos e professores, dos alunos com seus familiares, essas interações podem proporcionar momentos e situações motivadoras e despertar interesses inerente do ser humano e que pessoas com DF tem como qualquer outra, a atração por outra pessoa.

Abordar a dimensão afetiva faz parte da concepção da imagem corporal, pois para entendermos as vertentes do da primeira pergunta e ela nos demonstra que a dimensão afetiva envolve não só situações de intimidade sexual, namoro e casamento, mas também as relações do convívio social através da amizade e confiança que podem beneficiar a socialização saudável e os sentimentos de autoestima, como afirmam Moura (1992), Pecci (1998), Maia (2006; 2009), Puhlmann (2000), e Vash (1998).

Maia (2009) diz que as questões afetivas, sejam aquelas oriundas de parceiros amoros, familiares e ou amigos, são importantes para a ajudar a pessoa com deficiência a perceber-se uma pessoa desejável, querida, agradável que se reconhece como deficiente, mas nem por isso deixa de amar e desejar estabelecer relacionamentos afetivos gratificantes. E a autoestima pode e é influenciada por essas relações, pois ela é a maneira pela qual os indivíduos aceitam sua própria identidade, incluindo uma boa IC e uma aceitação dos aspectos afetivos e sociais inerentes a sua existência (MAIA, 2009). As pessoas com deficiência podem desenvolver uma autoestima positiva quando inseridas em um contexto social, familiar reforçados de afeto, amor e aceitação, pois este tipo de ambiente afetivo é capaz de potencializar um bom conceito sobre si, aumentando aspectos como autoconfiança, autoaceitação, autoconciêto, afirma Maia (2009).

O **quadro 4** traz uma questão relativa à autoavaliação do próprio corpo – —Sua deficiência faz seu corpo parecer feio? - onde cinco sujeitos responderam que sim e doze responderam que não, ou seja, a maioria dos sujeitos respondeu que não acham que a deficiência faz seu corpo parecer feio, o que consideramos um ponto bastante positivo.

Todos que responderam sim, que acham que sua deficiência faz seu corpo parecer feio, são homens, e mesmo não sendo a maioria, vemos novamente que os homens com DF estão demonstrando uma autoavalição negativa sobre seu corpo.

Reforçando a ideia de que homens com DF podem ter uma autoestima comprometida que poderá influenciar sua autoconfiança no convívio social, entre outros aspectos.

Quadro 4	
Pergunta 4. Sua deficiência faz seu corpo parecer feio?	5 sim 12 não
5 sim: 5 homens 12 não: 7 homens e 5 mulheres	

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Segundo Gomes (2002), a beleza representa uma construção histórica do humano, e por isso, sua associação a determinadas características de classe, idade ou raça é um tema que acompanha ao longo dos tempos, a construção de nossa sensibilidade, que se altera de acordo com a cultura vigente.

Berri (2018) faz uma colação pertinente em que diz que pessoas que estão visivelmente fora da normativa corporal muitas vezes são incentivadas pela mídia e indústrias interessadas – como pessoas com deficiência, com sobrepeso, idosos – carregam em sua imagem um estereótipo excludente. Cria-se, assim, no imaginário social uma sensação de que há algo de muito errado com aquelas pessoas que não correspondem aos padrões da norma (ORTEGA, 2008). Nesse sentido, o feio, o —deformadoll e o inadequado são vistos socialmente como desleixo ou falta de cuidado com a aparência.

Além disso, Moukarzel (2003) coloca que pessoas com deficiência física que são resguardados no espaço familiar, fazem com que as oportunidades de aprendizagens e de relacionamentos sociais fiquem restringidas aos familiares e amigos comuns, que às vezes, pouco satisfaz aos seus interesses. Conforme vão se desenvolvendo, ao contrário das demais jovens, o círculo de amizades vai diminuindo, as oportunidades de convívio com pessoas da sua idade igualmente diminuem, as atividades sociais tornam-se insignificantes. Retiradas da convivência social, a inadequação de condutas e desajustes emocionais acaba acentuando as diferenças.

E pode desencadear baixa autoestima, e a AF quando praticada regularmente pode ajudar desenvolver uma boa concepção corporal.

A pergunta do **quadro 5**, aborda sobre a aparência do corpo com deficiência, seis sujeitos responderam que não acham que sua aparência seria melhor sem a deficiência. Porém onze sujeitos responderam que sim, concordaram que sua aparência seria melhor se não tivesse a deficiência.

A resposta da maioria corrobora com Maia (2009), que indica que isso talvez se deva aos modelos culturais que propagam uma determinada aparência física como adequada, um padrão de beleza restrito, papéis sexuais e formas específicas de utilização do corpo, refletindo uma forma repressiva de construção da IC, da consciência de si mesmo e da autoestima.

Werebe (1984) nos diz que os padrões de beleza e estética corporal são apelativos tanto para pessoas sem deficiência quanto para as —diferentesll aos padrões de vivência e percepção corporal, em ambos os grupos de pessoas, deficientes ou não, levam os sujeitos à discriminação predominante na nossa sociedade.

Quadro 5	
Pergunta 5. Sua aparência seria melhor se não tivesse uma deficiência?	11 sim 6 não
11 sim: 8 homens e 3 mulheres 6 não: 4 homens e 2 mulheres	

Fonte: banco de dados da pesquisa.

Ainda de acordo com Werebe (1984):

O fato é que os padrões culturais de aparência física, valorizados positivamente pela sociedade estão criando cada vez maiores problemas para os que não podem competir com os que são bem dotados fisicamente. As pessoas com características físicas inabituais encontram, mais do que outras, dificuldades (maiores ou menores, segundo suas deficiências) para levar uma vida —normalll. São vítimas da intolerância em relação à diferença (Werebe, 1984).

Contudo, o estudo realizado por Mahl, Bruniera, e Costa (2014), atletas com deficiência declararam que a inserção no esporte forneceu maiores oportunidades para sair com mais frequência de suas residências, minimizando a timidez e receios em frequentar novos ambientes, como espaços de lazer e comércios, vivenciando com outras pessoas. Além disso, os participantes notaram a maneira diferenciada de como a sociedade —olha os atletas com deficiência.

Ou seja, o envolvimento com a prática de atividade física ou o esporte em si contribui significativamente para o bom desenvolvimento de habilidades sociais, habilidades motoras e esse conjunto pode influenciar positivamente em aspectos da autoestima, autoconfiança e autoaceitação, pois o envolvimento com a prática faz com que pessoas com DF se envolvam em novos ambientes, novas pessoas, novos desafios para novas superações.

Boas, Bim e Barian (2003) investigaram a motivação de praticantes de basquetebol sobre cadeira de rodas, evidenciando que 50% dos indivíduos buscaram a atividade com o intuito de lazer e recreação (motivação intrínseca). No entanto, percebeu-se uma melhora na autoestima, relacionamentos pessoais, habilidades motoras e ocupação do tempo livre. Desta forma, percebe-se que a prática de modalidades esportivas oferece uma melhora nos diversos aspectos do praticante.

Concordamos veementemente com Puhlmann (2000) quando diz que a pessoa com DF não tem que se isolar do mundo como um eremita, ele tem que viver no meio do mundo, rodeado de gente, envolvido, apaixonado. A maior de todas as limitações, seja de pessoas —normais, seja de deficientes físicos, é a ignorância, a alienação, o preconceito e a impotência para acreditar no amor (PUHLMANN.F. 2000).

Nos esportes adaptados, Brazuna e Mauerberg-de Castro (2001, p. 117) reforçam a ideia que:

O esporte e a superação renovam a percepção mudando a autoestima e criando uma imagem corporal positiva, o deficiente torna-se mais hábil a competir no mundo, aprende a derrotar o seu oponente com respeito e a perder com dignidade.

Sendo assim, o conhecimento corporal é resultado de um esforço contínuo, fazendo com que o seu desenvolvimento ocorra pela experiência, erro e acerto,

esforço e tentativa (GARDNER, 1996; TAVARES, 2003; TURTELLI, 2003; COSTA, ET AL., 2007; PIMENTEL, 2007; PEREIRA; GAMA, 2008).

A qualidade de vida deixou de representar apenas uma vida sem doenças, mas acima de tudo a busca pela felicidade e satisfação pessoal diante todos os aspectos da vida (DA COSTA, 2006).

Nessa perspectiva sobre qualidade de vida e satisfação corporal, Almeida (2006) fala que o modo mais ou menos favorável como cada indivíduo se percebe poderá influenciar não apenas nas atividades objetivas que executa, mas também o modo como essas atividades se comparam com o quadro de referências estabelecido pelas expectativas sociais e culturais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o objetivo principal da pesquisa foi investigar a relação da atividade física na imagem corporal de pessoas com deficiência física, é notável que nós enquanto sociedade e profissionais de Educação Física temos um papel de grande importância na vida de pessoas com DF, pois podemos ser os facilitadores para uma vida cheia de descobertas e superações.

Destacamos também que embora a atuação do profissional de Educação Física esteja ganhando espaço sólido para trabalhar com esse público especificamente, ainda se percebe uma resistência de profissionais da área com inúmeras justificativas. Isso de fato impede uma maior adesão das pessoas com deficiência a começarem a praticar algum tipo de atividade física, afastando as possibilidades de desenvolverem suas habilidades motoras e com isso ter uma qualidade de vida melhor.

Quando uma pessoa com DF, seja adquirida ou congênita, a partir do autoconhecimento através de práticas corporais percebe suas potencialidades como aliadas para uma vida independente, essa pessoa nunca mais será a mesma, pois fará inúmeras descobertas do que sua condição não lhe impede de usufruir.

Enfatizamos que tudo isso só acontecerá de forma plena quando a família também passa a enxergá-lo como um indivíduo capaz de desenvolver novas habilidades e com isso novas capacidades e que faz parte da sociedade que pode e deve se divertir, trabalhar, paquerar como qualquer outra pessoa.

Acrescentamos ainda que através da nossa pesquisa foi possível notar que as afirmações acerca dos benefícios da prática de atividade física para pessoas com deficiência procedem, pois as respostas sobre sentimentos mostraram que o DF é capaz de aceitar aspectos do corpo que os mesmos disseram não gostar, independente dos padrões que a sociedade insiste em impor.

Percebemos que a prática de atividade física regular pode influenciar positivamente na imagem corporal, na autoconfiança, pois os resultados mostraram que mesmo que eles achem que a DF não deixa seu corpo mais interessante, eles aceitam o próprio corpo, pois não acham que esse corpo seria melhor sem a DF.

Isso nos mostra uma autoaceitação que em alguns aspectos precisam melhorar, mas achamos que esses aspectos são inerentes a qualquer ser humano, com DF ou não. Todos nós temos o sentimento de que alguma coisa em nosso corpo podia ser mais bonita, ou mais delicado, ou mais forte, entre outras coisas.

De fato, o desejo de querer ser melhor em algum aspecto físico acomete todos nós. Somos bombardeados pela mídia, seja ela na tv ou redes sociais, por padrões estéticos que exigem a constante busca pelo perfeito, belo e forte. Não nos damos conta que isso pode estar influenciando crianças, jovens e adultos de forma negativa e opressora, disseminando comportamentos autodestrutivos, facilitando distorções da IC, reforçando sentimentos de inferioridade.

Por fim, acrescentamos que pesquisas com esse tema e abordagem tem relevância significativa, seja para caracterização do grupo ou para a descoberta e desenvolvimento de processos pedagógicos que contribuam de forma positiva para que a adesão à prática de AF de pessoas com DF cresça cada vez mais.

Percebemos através dos resultados deste trabalho, que pessoas com DF são comprometidas consigo mesmas quando estão inseridos na sociedade de forma produtiva, significando que a prática de AF tem sido uma porta de entrada para grandes descobertas e superações para eles, através do crescimento da autoestima, autoaceitação e principalmente na resiliência, pois enfrentar todos os dias a falta de mobilidade urbana, o preconceito e a falta de oportunidade no mercado de trabalho os fazem muito mais fortes do que imaginamos.

Os principais desafios e limitações do nosso estudo se deram principalmente por não encontrarmos estudos suficientes na área da Educação Física que aborde e

correlacione a prática de atividade física por pessoas com deficiência física e o seu impacto no desenvolvimento da IC, assim como a influência da prática de AF para trabalhar aspectos da autoestima, autoconfiança, relações sociais.

Fazer pesquisas com pessoas com DF tem alguns desafios, pois a maioria depende de transporte público, depende de um acompanhante e isso algumas vezes interfere na frequência dos alunos no projeto, conseqüentemente alguns faltaram no dia da coleta e diminuí o número da amostra.

Esse tipo de projeto merece cada vez mais espaço e reconhecimento, pois tem um impacto social muito grande. É de extrema necessidade ter espaços, projetos, iniciativas voltadas especificamente para pessoas com DF para que cresça cada vez o número de pessoas com DF praticantes de AF, fazendo com que a tendência de ser um público suscetível a doenças secundárias diminua. Dessa forma a adesão para a prática de AF por parte das pessoas com algum tipo de DF pode crescer na proporção da existência de espaços específicos, assim como profissionais que tenham competência para trabalhar com eles.

Através de nossa pesquisa constatamos e mostramos que existem inúmeras pessoas com DF isoladas em casa que sequer imaginam que são capazes de realizar AF com segurança e prazer dentro de suas possibilidades e necessidades, permanecem em casa com vergonha do próprio corpo devido a culto ao corpo perfeito imposto pela sociedade. Estão deixando de vivenciar coisas incríveis por não ter espaços e atividades voltadas especificamente para elas. A necessidade que isso se torne realidade é uma questão de saúde pública, é uma questão de humanidade.

9. REFERÊNCIAS

ADAMI, Fernando, et al. **Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física**. EFDEPORTES, Buenos Aires, ano 10, n. 83, abr. 2005. Acesso em 20/03/2019. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd83/imagen.htm>

ANDRADE, Valeria Sousa de; SANTOS, Cláudia Benedita dos. **Validação para o Brasil do instrumento Impact on Participation and Autonomy para indivíduos com lesão medular**. 2019. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

ARAÚJO, P. F. **Desporto adaptado no Brasil**. São Paulo, SP: Phorte, 2011.

AVALOS, Laura., Tylka, Tracy; Wood-Barcalow, Nichole. **The Body Appreciation**

Scale: Development and psychometric evaluation. 2005. *Body Image*, 2, 285-297.

ALBUQUERQUE Letícia; FALKENBACH, Atos. **Imagem corporal em indivíduos amputados.** *EFDeportes*, Buenos Aires, N. 131, p. 01-05, 2009. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd131/imagen-corporal-em-individuos-amputados.htm> >

ALVES, Maria; DUARTE, Edison. **Relação entre a imagem corporal e deficiência física: Uma pesquisa bibliográfica.** *Efdeports.com*, 15(143). 2010. Disponível: <http://www.efdeportes.com/efd143/relacao-entre-a-imagem-corporal-edeficiencia-fisica.htm>

ARTIGO 26 - HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO. Protocolo aprovado juntamente com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, pela Assembléia Geral das Nações Unidas. 2006. Resolução A/61/611.

BARRETO, Sandhi, et al. **Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 41–68, 2005.

BENFICA, D. T. **Esporte Paralímpico: analisando suas contribuições nas (re)significações do atleta com deficiência.** 2012. 128 f. Dissertação (Mestre em Educação Física) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2012.

BENTO. R. **A importância da atividade física para portadores de necessidades especiais.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Educação Física). FAFIBE, Bebedouro, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. **Estatuto da Pessoa com deficiência.** Brasília: Imprensa Oficial, 2013.

BUCHALLA, Cassia. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas.** 2005. Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. 2 Departamento de Epidemiologia- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

BOFF, Leonardo.; MURARO, Rose. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças.** *Revista Educação Em Questão*, 24(10), 254-257. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/8330>

BORELLA, D. R. et al. **Projeto UNIAMA: Atividades motoras adaptadas na UNIOESTE**. Revista ADAPTA, Ilhéus, v. 7, n. 1, p. 33-37, Nov, 2011.

BUN, C. J. E. et al. **Negative body image and weight loss behavior in Dutch school children**. European Journal of Public Health, Londres, v. 22, n.1, p. 130-133, 2011.

CAMPANA, Angela; CAMPANA, Matheus; TAVARES, Maria da Conceição. **Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil**. Aval. Psicol., Porto Alegre, v. 8, n. 3, 2009.

CASH, Thomas; PRUZINSKY, Thomas. **Body Image: a handbook of theory, research & clinical practice**. Nova Iorque: The Guilford Press. 2002.

CASPERSEN, Carl et al. **Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. Public Health Reports, v.100, n.2, p. 126-131. 1985.

CARDOSO, Vinícius Denardin. **A reabilitação de pessoas com deficiência através do esporte adaptado**. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis, v. 33, n. 02, p. 529-539, abr./jun., 2011.

CASTRO, Eliane. M. **Atividade física adaptada**. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005.

CATUNDA, FELIPE. **Nível de satisfação e autopercepção da imagem corporal em atletas com deficiência física**. Fédération Internationale d'Education Physique – FIEP – 2015.

Disponível: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/4404>

CIDADE, Ruth. **A. Introdução à educação Física e ao Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002.

CIF - **a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** (2010). PDF. Organização Mundial da Saúde. Lisboa.

CONCEIÇÃO, Maria; Gimenes, Lincon. **Uso de biofeedback em paciente tetraplégica com sensação de membro fantasma**. 2004. *Interação em Psicologia*, 8 (1), 123-128. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3246/2606>

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. **Exercício físico e síndrome metabólica**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 10, p. 319-324, 2004.

CONCEIÇÃO, Maria; Gimenes, Lincon. **Uso de biofeedback em paciente tetraplégica com sensação de membro fantasma**. 2004. *Interação em Psicologia*, 8 (1), 123-128. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3246/2606>

COSTA, Alberto; Duarte, Edison. (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), 47-54.

COSTA, A. M.; SOUSA, S. B. **Educação física e esporte adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e perspectivas para o século XXI**. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v. 25, n. 03, p. 27-42, 2004.

CREÔNCIO, Sheila Cristiane Evangelista; MOURA, José Carlos, RANGEL, Bruno Lázaro Ramos. **Aspectos Clínico-epidemiológicos do trauma raquimedular no Hospital de Urgências e Traumas - Petrolina-PE**. *J BrasNeurocirurg*, v.23, n.3, p: 211-216, 2012.

CYRULNIK, Boris. **Os Patinhos Feios**. São Paulo: Martins Fontes. 2004.

DUARTE, Edison. (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*, 35-36.

CUBA, Bruna W. **Imagem corporal de pessoas com deficiência física atletas e não atletas**. Rio Claro: [s.n.], 2008.

DAMASCENO, Vinícius, et al. **Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada**. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v.11, n.3, p.181-6, 2005.

DALLASTA, Viviane Ceolin. **A situação das pessoas portadoras de deficiência física: cotejo entre os instrumentos teóricos existentes e as limitações impostas por uma infra-estrutura urbana inadequada e excludente**. *JUS NAVIGANDI*. 2005.

DALLA DÉA, V. H. S.; DUARTE, E. **Síndrome de down: informações, caminhos e histórias de amor**. São Paulo: Phorte, 2009. p. 8389.

DARCY, S.; LEGG, D. **A brief history of the Paralympic Games: from post- WWII rehabilitation to mega sport event**. (2016). Disponível em: <https://theconversation.com/a-brief-history-of-the-paralympic-games-from-post-wwiirehabilitation-to-mega-sport-event-64809>. Acesso em: 03 abril 2019.

Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, “a”, c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I.

DEFINO, Helton L, A. **Trauma raquimedular**. *Medicina*, Ribeirão Preto. 1999; 32 (4):388-400. 1990.

DI NUBILA, Heloisa. B. V; BUCHALLA, Cassia. M. **O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. *Revista Brasileira de Epidemiologia (online)*, v. 11, n. 02, p. 324-335, 2008.

FERNANDES, Lorena. B.; SCHLESENER, Anita.; MOSQUERA, Carlos. **Breve histórico da deficiência e seus paradigmas**. Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia, Curitiba v.02, p.132 –144, 2011.

FERREIRA, M. E. C., CASTRO, A. P. A., & GOMES, G. (2005). **A Obsessão Masculina pelo Corpo: malhado, forte e sarado**. Revista Brasileira da Ciência do Esporte, 27 (1), 167-182. Recuperado em 18 de maio, 2010, de

FREIDMAN, Milton; BROWNELL, K. D. **Psychological correlates of obesity: moving to the next reserach generation**. Psychological Bulletin, Washington, v. 117, n.1, p. 3-20, 1995.

FREITAS, P. S.; CIDADE, R. E. **Desporto e deficiência**. In: FREITAS, P. S. (org.) Educação física e esportes para deficientes: coletânea. Uberlândia, UFU, p. 25-40, 2002.

FROIS, Erica.; MOREIRA, Jacqueline J.; STENGEL, Márcia. **Mídias e a imagem corporal na adolescência: O corpo em discussão**. Psicologia em Estudo, Maringá, v.16, n.1, p.71-77, 2011.

FRANCO, V. H. P.; & Novaes, J. S. **Estética e imagem corporal na sociedade atual**. Cadernos Camilliani HEINBERG, L. J. Theories of body image disturbance: Perceptual, development, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Org.), Body image, eating disorders and obesity: An integrative guide for assessment and treatment, 27-47. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. , Cachoeiro de Itapemirim, v. 6, n. 2, 111-118, 2005.

GALLAHUE, David; OZMUN John. **Compreendendo o Desenvolvimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3 ed. São Paulo: Phorte Editora, 2003.

GAIO, Roberta. **Para além do corpo deficiente: histórias de vida**. Jundiaí: Fontoura, 2006.

GONÇALVES, Tatiane, et al. **Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 166-170, 2008.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Atividade física, aptidão física e saúde**. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 1, n. 1, p. 18-35. 1995.

GUIMARÃES, Fernando. **Estudo dos efeitos de um programa de reabilitação cardíaca sobre as variáveis cardio respiratórias e somáticas de cardiopatas**. 1993. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

GUTIERRES FILHO, P. et al. **Revisão sistemática da produção científica relacionada à qualidade de vida e atividade física de pessoas com deficiência visual.** Rev. Digital Buenos Aires, v. 14, n. 142, 2010.

GUTTMANN, L. **Organisation of spinal units: History of the national spinal injuries centre, Stoke Mandeville hospital, Aylesbury.** In: Proceedings of the Annual Scientific Meeting of the Society held at Stoke Mandeville Hospital, Aylesbury, 27th to 29th July 1967. p. 115-126, 1967. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/sc196714.pdf?origin=ppub>>. Acesso em: 03 abril. 2019.

HORTA, B.R. et al. **Análise comparativa da composição corporal de praticantes e não praticantes de esporte adaptado.** Movimentum, Revista Digital de Educação Física. Ipatinga: Unileste-MG. v.4, n.1. 2009;

KRUEGER, D.W. **Integrating Body Self and Psychological Self: creating a new history in psychoanalysis and psychotherapy.** Nova Iorque: Brunner- Routledge. (2002).

JODELET, D. (1984). **The representation of the body and its transformations.** In R. Farr & S. Moscovici (Orgs.), Social representations (pp. 211-238). Cambridge: Cambridge University Press.

LABRONICI, R. H. D. D., et al. **Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade.** Arquivos Neuro-Psiquiatria. V.58, n.4, p. 1092-1099, 2000.

LAZZOLI, José, et al. **Atividade física e saúde na infância e adolescência.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte. vol.4. Niterói July/Aug. 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921998000400002>

LAUS, Maria; COSTA, Telma.; ALMEIDA, Sebastião. **Distorção da imagem corporal em adolescentes: um estudo de comparação entre dois instrumentos.** Medicina, Ribeirão Preto, (USP. FMRP), v. 42, p. 358-365, 2009.
LIANZA, Sérgio. (Org.). **Medicina de Reabilitação.** 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.

LEASE, S. H.; COHEN, J. E.; DAHLBECK, D. T. **Body and sexual esteem as mediators of the physical disability-interpersonal competencies relation.** Rehabilitation Psychology, v. 52, n. 4, p. 399-408, 2007.

LIPOVETSKY, Gilles (2007). **A felicidade paradoxal: ensaios sobre a sociedade de hiperconsumo.** Trad. Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras.

MAIOR, Izabel. **A luta da pessoa com deficiência pela Emancipação.** Revista Jurídica Consulex. V. 1, p 36-37. 2010.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. **Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos**. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. v.7, n.1 – Jan/Fev, 2001.

MORAIS, Dionei Freitas; SPOTTI, Antonio Ronaldo; COHEN, Moysés Isaac et al. **Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário**. Coluna/Columna, v.12, n.2, p: 149-52, 2013.

MARQUES, R. F. R.; GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, M. A. B.; MENEZES, R. P. **Mídia e o movimento paralímpico no Brasil: relações sob o ponto de vista de dirigentes do Comitê Paralímpico Brasileiro**. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 27, n. 04, p. 583-596, 2013.

MAUERBERGdeCASTRO, Eliane. **Atividade Física Adaptada**. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005, 555p.

MATTOS, Camila. **O Processo de Luto Diante da Deficiência Física Adquirida: Análise de um Relato de Caso**. Psicologado. Edição 08/2015. Disponível em < <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-clinica/o-processo-de-luto-diante-dadeficiencia-fisica-adquirida-analise-de-um-relato-de-caso> >. Acesso em 16 março de 2019.

MARTINS, Débora; RABELO, Ricardo. **Influencia da atividade física adaptada na qualidade de vida de deficientes físicos**. Movimentum – Revista Digital de Educação Física – Ipatinga: Unileste – MG, v. 3, n.2, 2008.

McCABE, Maria; RICCIARDELLI, Lina. **Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature**. Journal of Psychosomatic Research, Philadelphia, v. 56, p. 675– 685, 2004.

MEDOLA, Fausto, et al. **O esporte na qualidade de vida de indivíduos com lesão da medula espinhal: série de casos**. *Rev Bras Med Esporte* [online]. 2011, vol.17, n.4, pp.254-256. ISSN 1517-8692. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S151786922011000400008>.

MELLO, Marco, et al. (1996). **Grau de depressão e ansiedade em adultos paraplégicos desportistas e sedentários**. *Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada*. 1 (1), 25-28.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

MONTEIRO, Jeane; SILVA, Magna. **A importância da atividade física para os deficientes físicos**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 15, Nº 148, Septiembre de 2010. <http://www.efdeportes.com/>

MOREIRA, Wey. **Corporeidade e a busca de novas palavras para o saber: uma das tarefas da educação motora**. In: Congresso latino-americano de educação motora e ii congresso brasileiro de educação motora. Foz do Iguaçu, 1998. *Anais...* Foz do Iguaçu, 1998.

NABEIRO, MARLI.; ZONTA Ana. **Programa de Extensão: aprendendo como corpo d'eficiente**. Revista ADAPTA, Rio Claro, v. 2, n.1, p.15-17, Dez. 2006.

NASÁRIO, Júlio; ERNEST, Taynah. **Imagem corporal e a deficiência visual: a educação física na compreensão do corpo**. Curitiba - 2011. Artigo. Congresso Nacional de Educação – Educere.

NOVIS, R. de F.; NOVIS, Sérgio. **Acidente vascular encefálico**. Academia Nacional de Medicina. Agosto 2015. Acessado em: 15/11/2019. Disponível: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=2389&descricao=ACIDENTE+VASCU+LAR+ENCEF%81LICO

OLIVEIRA, Ana; Casal. Hiram. **Auto-estima do diabético e atividade física**. Revista Digital - Buenos Aires, Ano 6 (32), 2001. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/> >. Acesso em 14 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2010. **Censo Demográfico de 2020 e o mapeamento das pessoas com deficiência no Brasil**. Ministério da Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência 08 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a Deficiência (World Report on Disability). The World Bank. Tradução: **Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Governo do Estado de São Paulo**, 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>.

PAIVA, Luciana; GOELLNER Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface (Botucatu) [online]**. 2008, vol.12, n.26, pp.485-497. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300003>.

PAIVA, M. S.; et al. **Benefícios do exercício físico para crianças e adolescentes com paralisia cerebral: uma revisão bibliográfica**. Acta Fisiatr. v.17, n.4, p 175179, 2010.

PALMA, Luciana; MANTA, Sofia. **Alunos com deficiência física: a compreensão dos professores de Educação Física sobre a acessibilidade nos espaços de prática para as aulas**. Educação, Santa Maria, v. 35, n. 2, p. 303-314, maio/ago. 2010.

PASSOS, Rodrigo Oliveira Passos; PEREIRA, Carlos Umberto; SANTOS, Ana Cristina Lima; SANTOS, José Anísio; SOUSA, Allisson Hora. **Epidemiologia do Traumatismo Raquimedular**. J BrasNeurocirurg, v.24, n.4, p: 300 - 305, 2013

PATE, R. R. **The evolving definition of physical fitness**. Quest, v.40, n.3, p. 174179. 1988.

PAULA, A. I. **Percepção de dimensões corporais de adolescentes do sexo feminino. Aspectos psicofísicos e comportamentais**. 2010. 82 f. Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade) – Departamento de Educação Física, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Rio Claro, 2010.

PETERSON, Jones; JANZ, Karina; LOWE, John. B. **Physical activity among adults with intellectual disabilities living in community settings**. Disability and Health Journal, v. 2, p. 57-66, 2009.

RAMACHADRAN, Vilayanur; Blakeslee, Sandra. **Fantasma no Cérebro - uma investigação dos mistérios da mente humana**. 2002. (Machado, A., Trad.). Rio de Janeiro: Editora Record.

PORTO, Eliane. Educação de qualidade para vidas especiais: um caminho a conquistar. In: **MOREIRA, W. W. (Org.). Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papirus, 2001.

RIBAS, João. **O que são pessoas deficientes**. Editora Brasiliense 1985 São Paulo.

RIBEIRO, Patrícia; TAVARES, Maria da Consolação. **As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em Imagem Corporal**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física\Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2009.

RICHARDSON, S. M.; PAXTON, S.J.; THOMSOM, J.S. **Is body think an efficacious body image and self-esteem program? A controlled valuation with adolescents**. Body Image, Amsterdam, v.6, n.2, p.75-82, março, 2009.

RODRIGUES, David. **Atividade Motora Adaptada: A Alegria do Corpo**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

SANTIAGO, Ana Lúcia; SOUZA, Maurício. **Comparação da percepção da auto imagem de pessoas portadoras de deficiência física praticantes de natação**. Revista digital – Buenos Aires – Año 10 – N° 89 – Outubro de 2005. Acessado de 18/11/2019. Disponível: <https://www.efdeportes.com/efd89/defic.htm>

SARAIVA RA, PAIVA Junior L, PAZ Junior AC, PACHECO MAR. **As bases fisiopatológicas para a anestesia no paciente com lesão medular**. RevBrasAnestesiol. 1995; 45:387-398.

SCHILDER, Paul. **A Imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SERON, B. B.; ARRUDA, G. A.; GREGUOL, M. **Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora.** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 37, n. 3, pp. 214-221, 2015.

SKRZYPEK, S.; WEHMEIER, P. M.; REMSCHMIDT, H. **Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa: A brief review.** European Child and Adolescent Psychiatry, Heidelberg, v. 10, n. 4, p. 215-221, 2001.

SCHIRMER, Carolina; BROWNING, Nádia; BERSCH, Rita; MACHADO, Rosângela. 2007. **Atendimento Educacional Especializado.** SEESP/SEED/MEC Brasília/DF.

SILVA, Adriane; RIBEIRO, Paula. **Representações Corporais: a partir da produção de significados.** Anais da semana Educa, Vol. 1. 2010.

SIEGEL, J. **Body image change and adolescent depressive symptoms.** Journal of Adolescent Research, v.17, n.1, p. 27-41, 2002.

SOARES, Valéria; BLASCOVI, Silvana. **Atividade esportiva e sua influência na imagem corporal do adolescente com deficiência física: um estudo de dois casos.** CCBS – Programa de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.11, n.1, p.78-88, 2011.

SOLER, R. **Educação física inclusiva na escola: em busca de uma escola plural.** Rio de Janeiro: Sprint, 2005.

SOUZA, P. A. **O esporte na paraplegia e tetraplegia.** São Paulo, Guanabara Koogan, 1994.

SOUZA, P. A. Introdução. In: **Lazer, atividade física e esporte para portadores de deficiência. 2001.** Brasília: SESI-DN: Ministério do Esporte e Turismo, p: 11-18, 2001.

RIBEIRO, P. R. L. **As contribuições de Seymour Fisher para os estudos em Imagem Corporal.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação Física\Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, [Sn], 2009.

TWIGG, J. **The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology.** Journal of aging studies. v.18, p. 59-73, 2004.

TAMAYO, Alvaro et al. **A influência da atividade física regular sobre o autoconceito.** Estud. psicol. (Natal) [online]. 2001, vol.6, n.2, pp.157-165. ISSN 1678-4669. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2001000200004>

TAVARES, Maria da **Conceição. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento.** Barueri, SP: Manole, 2003.

TAVARES, Maria da Consolação. (Org). **O dinamismo da imagem corporal**. São Paulo: Phorte. 2007.

TAVARES, Maria da Consolação, et al. **Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil**. Print version ISSN 14137372. Psicol. estud. vol.15 no.3 Maringá Sept. 2010. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000300008>

THIRLAWAY, K., & Benton, D. (1992). **Participation in physical activity and cardiovascular fitness have different effects on mental health and mood**. Journal of Psychosomatic Research, 36(7), 675-685.

THOMPSON, J. K. (2004). **The (mis)measurement of body image: Ten strategies to improve assessment for applied and research purposes**. Body Image, 1, 7-14. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00004-4.

TURTELLI, L.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; DUARTE, E. **Caminhos da pesquisa em Imagem Corporal na sua relação com o movimento**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas, v.24, n.1, p.151-166, 2002.

WEINBERG, Robert S.; GOULD, Daniel. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2 ed. Porto alegre: Artmed, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Habitual Physical Activity and Health**. 1998. WHO Regional Publications, European Series No. 6. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. 1978.

VASCONCELOS, Elaine Cristine Lemes Mateus de; RIBERTO, Marcelo. **Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de ribeirão preto, propostas para um programa de prevenção do Trauma raquimedular**. Coluna/Columna, v.10, n.1, p:40- 3, 2011.

YENG LT, Teixeira MJ, Romano MA, Barboza HFG. **Distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho**. In: Lianza, S. (Org.). **Medicina de Reabilitação**. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 420-31.

ZICK, Lucas. **Atividade física e saúde: conceitos e benefícios**. EFDesportes.com, Revista Digital. Buenos Aires – Año 20 – N°204 – Mayo de 2015. Acessado em 21/09/2019. Em: <http://www.efdeportes.com/>

10. APÊNDICE

Roteiro de entrevista

Abaixo, você encontrará perguntas relacionadas à sua imagem corporal, cujo objetivo é avaliar o que você sente sobre seu corpo.

Marque um X na resposta que esta de acordo com o que você sente atualmente.

Tempo de prática (PROAMDE): _____

Idade: _____ **Sexo:** _____

1. Sua deficiência física faz se sentir menos atraente?

() SIM () NÃO

2. Você inveja pessoas com o corpo sem deficiência?

() SIM () NÃO

3. Sua deficiência torna seu corpo mais interessante?

() SIM () NÃO

4. Sua deficiência faz seu corpo parecer feio?

() SIM () NÃO

5. Sua aparência seria melhor se não tivesse uma deficiência?

() SIM () NÃO

TIPO DE DEFICIÊNCIA

Causa: _____ **Tempo de lesão:** _____

Nível da lesão:

- Cervical
-
-
-

<p>Patologia</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Paralisia cerebral<input type="checkbox"/> AVE<input type="checkbox"/> TCE<input type="checkbox"/> Má formação<input type="checkbox"/> Espinha bífida ou Mielomeningocele<input type="checkbox"/> Poliomielite<input type="checkbox"/> Traumatismo raquimedular<input type="checkbox"/> Guillian Barret<input type="checkbox"/> Tumor medular<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<p>Órtese/ Prótese</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cadeira de rodas<input type="checkbox"/> Andador<input type="checkbox"/> Prótese de pernas<input type="checkbox"/> Prótese de braços<input type="checkbox"/> Tutor<input type="checkbox"/> Bengala
<p>Sequela</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Paraplegia<input type="checkbox"/> Monoplegia<input type="checkbox"/> Tetraplegia<input type="checkbox"/> Triplegia<input type="checkbox"/> Hemiplegia<input type="checkbox"/> Amputação<input type="checkbox"/> Paraparesia<input type="checkbox"/> Monoparesia<input type="checkbox"/> Tetraparesia<input type="checkbox"/> Hemiparesia	<p>Observação</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anda sozinho<input type="checkbox"/> Anda com suporte<input type="checkbox"/> Não

Torácico
Lombar

Sacral

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE EDUCAÇÃO
FÍSICA E FISIOTERAPIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar do Projeto de Pesquisa —**A RELAÇÃO DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA COM A IMAGEM E ESTIMA CORPORAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**II, que será realizada por meio da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, endereço: Av General Rodrigo Otávio, 3000, Coroado, sob responsabilidade da pesquisadora principal Marisa Pereira Pessoa, com a orientação da Prof^a Dr^a Artemis de Araújo Soartes e a Prof^a Dr^a Minerva Leopoldina como membro de equipe. O presente estudo tem como objetivo Analisar a satisfação da imagem corporal em pessoas com deficiência física praticantes de exercício físico, na cidade de Manaus, ressaltando a sua importância na qualidade de vida, no desenvolvimento da autoestima, autonomia e no convívio social dos deficientes. Objetivos específicos: Investigar o impacto da prática da atividade física regular no sentimento da pessoa com deficiência física no que se refere à autoestima e autoaceitação; Como a pessoa com deficiência física avalia esteticamente seu corpo. O instrumento utilizado para a realização de nossa pesquisa será uma entrevista estruturada sobre a deficiência física e estima, com cinco perguntas com respostas fechadas sendo elas sim ou não. A participante precisará responder a entrevista bem como preencher o questionário apenas uma vez. Os dados e informações coletadas serão tratados com total sigilo e respeito. A identidade de todos os participantes será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número. O que nos importa é a informação dos deficientes e não quem forneceu as informações.

Riscos da pesquisa: toda pesquisa que envolve seres humanos contém riscos. Por se tratar de um questionário específico, que aborda a autopercepção dos deficientes e com possíveis motivações para que a sua prática no esporte seja justificada, há a possibilidade de durante a aplicação da entrevista o participante sentir algum tipo de desconforto de cunho emocional. Caso aconteça, iremos interromper a coleta.

Benefícios da pesquisa: os resultados deste estudo poderão ser apresentados em palestras na instituição e em outros locais, no sentido de divulgar o trabalho e expandir

o nome da instituição como incentivadora à inovação científica, sobretudo no contexto sociocultural. Com isto resultarão em publicação de artigos científicos, sem precisar referenciar nenhum dado pessoal que identifique os participantes. Os participantes serão beneficiados porque farão parte dos resultados como um todo a valorizar a e fomentar a pratica de atividade física por deficientes físicos.

Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a senhora poderá entrar em contato com as pesquisadoras no endereço Av. Rodrigo Otávio, 6200 – Campus Universitário Senador Arthur Vigílio Filho, Setor Sul, CEP – 69077-000. Manaus – AM. Laboratório de Estudos Socioculturais – Bloco C, segundo piso, pelo telefone (92) 32349882 e (92) 995213217, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus- AM, telefone (92) 33051181, ramal 2004. E-mail: cep.ufam@gmail.com

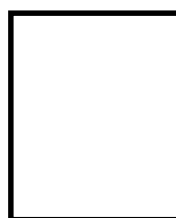
O presente termo foi elaborado em duas vias, cada participante receberá uma de acordo com o Item IV. 3.f, IV. 5. D, Resolução 466/12, a outra via ficará na posse dos pesquisadores.

Consentimento pós -informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e o porquê da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Estou recebendo uma via deste documento assinada e que vou guardar, e a outra via ficará com o pesquisador.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



Data: __/__/__

Data: __/__/__

Impressão do dedo polegar