

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA

ROBSON DA SILVA MEDEIROS

**IMPACTO DO ATLETISMO PARALÍMPICO NA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Uberlândia
2014

ROBSON DA SILVA MEDEIROS

**IMPACTO DO ATLETISMO PARALÍMPICO NA QUALIDADE DE VIDA DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nívea de Macedo Oliveira Morales

Uberlândia

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M488i Medeiros, Robson da Silva, 1985-
2014 Impacto do atletismo paralímpico na qualidade de vida de pessoas
com deficiência física / Robson da Silva Medeiros. - 2014.
58 f. : il.

Orientadora: Nívea de Macedo Oliveira Morales.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Atletismo - Teses. 3. Atletas com
deficiência - Teses. 4. Qualidade de vida - Teses. I. Morales, Nívea de
Macedo Oliveira. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

IMPACTO DO ATLETISMO PARALÍMPICO NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de concentração Ciências da Saúde.

Uberlândia, 22 de agosto de 2014.

Prof.^a Dr.^a Nívea de Macedo Oliveira Morales
Orientadora – Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Silvio Soares dos Santos
Universidade Federal de Uberlândia

Prof.^a Dr.^a Eleusa Gallo Rosenburg
Faculdade Pitágoras de Uberlândia

Dedico este trabalho a todos os participantes deste estudo, em especial, às pessoas com deficiência física que, em muitos casos, apesar das limitações causadas pela deficiência, são verdadeiros exemplos de luta e amor à vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado forças, nos momentos mais difíceis, para superar as dificuldades, mostrando-me os caminhos nas horas incertas; enfim, por ter me concedido graças, sem as quais eu não conseguiria finalizar esse trabalho.

À minha família, que sempre me incentivou e apoiou na busca de novas conquistas e melhores caminhos na vida. Amo muito todos vocês.

A minha namorada, Isayna Moreira Santana, pela paciência, compreensão e apoio.

À Prof.^a Dr.^a Nívea de Macedo Oliveira Morales, minha orientadora que, com dedicação e paciência, mostrou-me o caminho para a ciência, guiando-me com muita competência neste árduo caminho de crescimento e aprendizagem.

Agradeço também a todos os voluntários que colaboraram participando das entrevistas. Sem eles, este trabalho não seria possível. Agradeço também aos técnicos das equipes que muito colaboraram.

Ao Prof. Ms. Luiz Duarte de Ulhôa Rocha Júnior que, desde o início, sempre esteve disposto a ajudar. Sua contribuição intelectual foi fundamental para a conclusão desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, pela sua contribuição nas análises estatísticas.

A meu amigo e colega do grupo de estudo em Qualidade de Vida, Flander Diego de Souza, pela importante colaboração no período de coleta de dados. Muito obrigado por tudo!

Aos meus amigos e colegas de Mestrado Alexandre Vieira e Moisés Rosa, obrigado pelas contribuições dadas por vocês durante todo o mestrado.

A todos os colegas e professores da pós-graduação em Ciências da Saúde, pelo convívio e aprendizado.

A todos os meus amigos, que entenderam meu afastamento durante esse tempo.

RESUMO

A qualidade de vida (QV) e o bem-estar têm sido uma preocupação da população em geral e para muitos, o esporte é um meio para alcançá-la. As pessoas com deficiência física inicialmente buscavam no esporte uma possibilidade de recuperação, integração social e bem-estar. Recentemente, o esporte paralímpico tem se tornado cada vez mais profissional com a presença de atletas paralímpicos de alto rendimento, o que tem garantido maiores oportunidades e possivelmente, melhor QV para esses indivíduos. O objetivo do trabalho foi avaliar a qualidade de vida (QV) de indivíduos com deficiência física, praticantes de atletismo paralímpico, conforme o nível de competitividade esportiva (elite vs participação) e compará-los com pessoas com deficiência física sedentárias ou saudáveis sedentárias. Participaram do estudo 228 indivíduos, divididos em quatro grupos, pareados por idade e sexo. Grupo G1- pessoas com deficiência física praticantes de atletismo nível elite; G2 - pessoas com deficiência física praticantes de atletismo nível participação; G3 - pessoas com deficiência física sedentárias e G4 - pessoas saudáveis sedentárias. A QV foi medida pelo questionário WHOQOL-BREF. A comparação dos escores do WHOQOL-BREF foi realizada por meio da ANOVA com pós-teste de Bonferroni. Cada grupo foi composto por 57 voluntários, sendo 41 do sexo masculino e 16 do sexo feminino. A média de idade foi de 31 anos ($dp = \pm 9,6$ anos). Observou-se maior satisfação geral com a QV para G1 em comparação com G2 ($p=0,00$), sem diferença significativa nos domínios do WHOQOL-BREF. Em comparação com G4, G1 obteve melhor resultado no domínio psicológico e escore total; G2 foi melhor que G4 no domínio psicológico, sem diferença para os demais domínios. Os grupos G1, G2 e G4 apresentaram maiores escores de QV do que G3. Os resultados demonstraram que praticantes de atletismo com deficiência física apresentaram melhor QV em comparação com pessoas com deficiência física sedentárias ou saudáveis sedentárias. Os atletas paralímpicos de elite relataram melhor satisfação geral com a QV do que os demais atletas, porém sem diferença significativa nos domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-BREF.

Palavras-chave: Qualidade de vida, esportes para pessoas com deficiência, atletas, atletismo.

ABSTRACT

Quality of life (QOL) and well-being have been a concern of the population in general, and for many, sport is a means to achieve it. People with physical disabilities in the sport initially sought in sport, a chance of recovery, social integration and well-being. Recently, paralympic sport has become increasingly professional with the presence of paralympians high yield, which has ensured greater opportunities and possibly better QOL for these individuals. The objective of this study was to evaluate quality of life (QOL) of individuals with physical disabilities, practitioners of paralympic athletics, according to the level of competitive sport (elite vs. participation) and compare them with sedentary people with physical disabilities or healthy sedentary. The study included 228 individuals, divided into four groups, matched for age and sex. G1 group - people with physical disabilities practitioners of athletics, elite level; G2 - people with physical disabilities practitioners of athletics, participation level; G3 - sedentary people with physical disabilities and G4 - sedentary healthy people. QOL was measured by the WHOQOL-BREF questionnaire. A comparison of the scores of WHOQOL-BREF was performed by ANOVA with Bonferroni post-test. Each group consisted of 57 volunteers, 41 male and 16 female. The mean age was 31 years ($SD = \pm 9.6$ years). We observed greater overall satisfaction with QOL in G1 compared to G2 ($p = 0.00$), with no significant difference in domains of the WHOQOL-BREF. Compared with G4, G1 had the best result in the psychological domain and the total score; G2 was better than G4 in the psychological domain, with no difference for the other domains. G1, G2 and G4 groups had higher QOL scores than G3. The results showed that practitioners of athletics with physical disabilities had better QoL compared to sedentary people with physical disabilities or healthy sedentary. The paralympic elite athletes reported better overall satisfaction with QOL than other athletes, however, with no significant difference in QOL domains assessed by the WHOQOL-BREF.

Keywords: Quality of life, sports for persons with disabilities, athletes, track and field.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características gerais dos participantes	27
Tabela 2	Distribuição de frequências dos grupos de pessoas com deficiência física segundo o tipo de sequela	28
Tabela 3	Distribuição de frequências dos grupos de pessoas com deficiência física segundo o uso de tecnologia assistiva.....	28
Tabela 4	Distribuição de frequências dos grupos de pessoas com deficiência física segundo variáveis clínicas e terapêuticas.....	29
Tabela 5	Distribuição de frequências nos grupos de atletas conforme a iniciação esportiva e a motivação para praticar o esporte	30
Tabela 6	Características esportivas dos grupos de atletas nível elite e participação..	30
Tabela 7	Percepção geral com a QV e satisfação geral de saúde do WHOQOL-BREF	31
Tabela 8	Comparação dos escores do WHOQOL-BREF entre os grupos estudados	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSM	American College of Sports Medicine
APARU	Associação dos Paraplégicos de Uberlândia
CERTO	Centro de Excelência em Reabilitação e Trabalho Orientado de Uberlândia
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIEF	Centro Integrado de Educação Física
CPB	Comitê Paralímpico Brasileiro
HC/UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IPC	Comitê Paralímpico Internacional
OMS	Organização Mundial de saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SAME	Setor de Arquivo Médico
SEIH	Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
VIRTUS	Instituto Virtus

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	18
3	MÉTODO	19
3.1	Participantes	19
3.2	Avaliações	20
3.2.1	<i>Abbreviated Version of the instrument Quality of Life World Health Organization (WHOQOL-BREF)</i>	20
3.2.2	Questionário clínico e demográfico	21
3.3	Procedimentos	22
3.4	Análise estatística	25
4	RESULTADOS	27
5	DISCUSSÃO	33
6	CONCLUSÕES	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
	ANEXOS	49
	ANEXO A - Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa	49
	ANEXO B - Versão Brasileira do Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF)	50
	APÊNDICES	54
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	54
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Adolescente	55
	APÊNDICE C - Termo de Responsabilidade	56
	APÊNDICE D- Questionário de Informações Clínicas e Sociais	57

1 INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida (QV) tem sido muito utilizado pela população em geral para retratar diversos aspectos da vida como as condições de saúde, alimentação, educação, trabalho, transporte, moradia, segurança, renda, entre outras (GORDIA, 2011; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SANTOS e SIMÕES, 2012; SEIDL e ZANNON, 2004).

No meio científico, especificamente na área da saúde, a QV também tem sido objeto de estudo (SANTOS e SIMÕES, 2012; SEIDL e ZANNON, 2004), o que torna importante a sua definição (GUYATT et al., 1997; TENG LAND, 2006; THE WHOQOL GROUP, 1995). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), QV pode ser compreendida como a percepção de satisfação do indivíduo em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito considera a questão da subjetividade e a possibilidade da percepção de bem estar e satisfação variar conforme o contexto cultural e sistema de valores (THE WHOQOL GROUP, 1995). Quanto menor a distância entre os objetivos a serem atingidos e os alcançados, melhor a QV (NORDENFELT, 1999; SANDØE, 1999). A QV também abrange aspectos multidimensionais, como o bem estar físico, psicológico, social, ambiental e espiritual (GUYATT et al., 1997; THE WHOQOL GROUP, 1995).

A QV tem sido avaliada por meio de instrumentos, na maioria questionários padronizados confiáveis e validados. Atualmente estão disponíveis na literatura diversos instrumentos, tanto genéricos (que são multidimensionais) quanto específicos (direcionados a uma população ou condição específica) (GARRATT et al., 2002; GORDIA, 2011; GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Um dos instrumentos mais utilizados mundialmente é o WHOQOL-BREF, desenvolvido pela OMS (THE WHOQOL GROUP, 1998). Trata-se de um questionário genérico de QV que pode ser aplicado em indivíduos saudáveis ou com doenças crônicas (HILL et al., 2010; KIM et al., 2013; KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2009).

Os questionários de QV podem ser utilizados na área da saúde para contribuir no monitoramento da condição de saúde de uma população, na avaliação da eficácia de intervenções e tratamentos clínicos, bem como no planejamento de políticas de saúde com programas de prevenção e reabilitação (BULLINGER, 2002; EBRAHIM, 1995; SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST, 2002).

A QV é considerada como um importante desfecho na atenção à saúde, uma vez que a presença de doença crônica pode ocasionar repercussão negativa na percepção de bem estar dos indivíduos acometidos (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996; PAREDES et al., 2008). Pessoas com condições incapacitantes, como as deficiências físicas, podem apresentar limitações funcionais e prejuízo na QV (BAMPI et al., 2008; BOAKYE; LEIGH, B; SKELLY, 2012; CHANG; WANG; JANG, 2012).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), “*funcionalidade* engloba todas as funções do corpo, atividades e participação e *incapacidade* é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. As *deficiências* são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo com um desvio importante ou perda” (CIF, 2001, p. 14). A deficiência física é toda e qualquer alteração no corpo humano, resultado de problema ortopédico, neurológico ou de malformação, levando o indivíduo a uma limitação ou dificuldade no desenvolvimento de alguma tarefa motora (BOBATH, 1978).

Pessoas com deficiência física, em geral, apresentam participação reduzida na vida comunitária e social (CRAWFORD et al., 2008; DIJKERS, 1998; RIMMER et al., 2004), o que associado com as próprias limitações da deficiência contribui para uma possível inatividade física (BUCHHOLZ; MCGILLIVRAY; PENCHARZ, 2003; FEKETE e RAUCH, 2012; LUI e HUI, 2009).

A ausência de atividades físicas pode ocasionar efeitos negativos à saúde humana, como aumento do peso corporal e diminuição da resistência aeróbica, da força e da flexibilidade muscular (LEE e SKERRETT, 2001; ZUCHETTO e CASTRO, 2002), além de favorecer o surgimento de diversas doenças (PAFFENBARGER, et al., 1986; REJESKI; BRAWLEY; SHUMAKER, 1996; WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006) e possível prejuízo na percepção de bem estar (BROWN et al., 2003; REJESKI; BRAWLEY; SHUMAKER, 1996).

Atividade física refere-se a qualquer movimento corporal produzido pela contração da musculatura esquelética que resulte no aumento do gasto energético acima do valor basal, enquanto que o exercício físico é definido como uma atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário a melhoria ou manutenção da aptidão física (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM, 2011; CARVALHO, 1996; CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; SHEPHARD e BALADY, 1999).

A atividade física apresenta associação positiva com a QV, ou seja, quanto mais ativo o indivíduo, melhor sua QV (BIZE; JOHNSON; PLOTNIKOFF, 2007; GILL et al., 2013; PUCCI et al., 2012; SILVA et al., 2010). Essa associação também foi observada em pessoas com deficiências diversas (COSTA e DUARTE, 2002; RAUCH et al., 2013; STEVENS et al., 2008) e em deficientes físicos (COCQUYT e SIGMUND, 2011). No entanto, a relação entre atividade física e QV pode variar de acordo com o tipo e a intensidade da atividade (ANOKYE et al., 2012; PUCCI et al., 2012).

O exercício físico, considerado uma atividade física mais complexa e elaborada (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985), pode ter intensidade leve, moderada ou vigorosa (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM, 2011). A prática regular pode ocasionar importante benefício na percepção de QV em diferentes populações (GILLISON et al., 2009; INTERDONATO e REGUOL, 2010; LANGLOIS et al., 2012; SCHUCH e FLECK, 2011). Intensidades mais elevadas podem ocasionar maior repercussão na QV (LUSTYK et al., 2004).

O esporte representa outra forma de prática de atividade física e é definido como “uma atividade competitiva institucionalizada que envolve esforço físico vigoroso ou o uso de habilidades motoras relativamente complexas” (BARBANTI, 2006, p. 57). Os praticantes são submetidos às regras e gestos técnicos específicos de cada esporte. Os resultados são mensurados e fundamentados na superação de outros competidores ou de marcas e resultados anteriormente estabelecidos pelo próprio atleta (BARBANTI, 2006; WILHITE e SHANK, 2009).

O esporte para pessoas com deficiência física, ao que tudo indica, surgiu logo após a I Guerra Mundial, por volta de 1918, quando soldados alemães com deficiência física adquirida nos combates iniciaram a prática de tiro e arco e flecha (GONZALEZ e SILVA, 2007). Mas foi o médico neurologista alemão Dr. Ludwig Guttmann, a partir da II Guerra Mundial em 1944, o grande responsável pelo desenvolvimento do esporte para pessoas com deficiência física (STAHNISCH e TYNEDAL, 2012). A pedido do governo Britânico, ele estabeleceu no hospital de *Stoke Mandeville* na cidade inglesa de Aylesbury um centro de tratamento para os feridos na guerra. O esporte foi então utilizado na reabilitação de seus pacientes (BLAUWET e WILLICK, 2012; SCRUTON, 1979; SILVER e WEINER, 2013; STAHNISCH e TYNEDAL, 2012).

No início, a prática esportiva tinha como principal objetivo auxiliar na reabilitação física, mas com o passar do tempo, Dr. Guttmann começou a notar também melhorias no estado psicológico e na interação social de seus pacientes. Com o intuito

de divulgar o sucesso de seu trabalho e, ao mesmo tempo, homenagear esses heróis de guerra, Dr. Guttmann idealizou os Jogos de *Stoke Mandeville*. Os I Jogos de Stoke Mandeville foi realizado no dia 29 de Julho de 1948. Na ocasião, competiram cerca de 20 atletas na modalidade arco e flecha (BLAUWET e WILLICK, 2012; COSTA e SOUSA, 2004; GONZALEZ e SILVA, 2007; SCRUTON, 1979).

Os jogos foram um sucesso e os métodos utilizados por Guttmann começaram a se expandir pelo mundo. Os II jogos de *Stoke Mandeville* foram realizados quatro anos mais tarde, com o incremento de outras modalidades esportivas e um grande aumento no número de participantes, entre eles atletas de outros países (BLAUWET e WILLICK, 2012; COSTA e SOUSA, 2004; GONZALEZ e SILVA, 2007; SCRUTON, 1979).

Contudo, o grande marco aconteceu em 1960, quando Antônio Maglio, amigo de Guttmann, propôs e conseguiu que fossem realizados os Jogos de *Stoke Mandeville* na cidade de Roma, na Itália. Naquele ano, aconteceu na capital italiana a XVI Olimpíada e, em seguida, foram utilizadas as mesmas instalações para realizarem os jogos para pessoas com deficiência, denominadas Olimpíadas dos Portadores de Deficiência (BLAUWET e WILLICK, 2012; COSTA e SOUSA, 2004; MARQUES et al., 2009). Os jogos obtiveram uma excelente aceitação em nível mundial e, a partir de então, foram integrados na programação dos jogos Olímpicos, agora realizados obrigatoriamente na mesma cidade e nas mesmas instalações das Olimpíadas, com as devidas adaptações. No ano de 1964, em Tóquio, passou a ser chamado de Jogos Paraolímpico (*Paralympic*, em inglês) com fusão das palavras paraplegia e olímpico. Mais tarde, com a inclusão de pessoas com outras deficiências, o nome “para” foi utilizado como referência de “paralelo” aos jogos “Olímpicos” (COSTA e SOUSA, 2004; GONZALEZ e SILVA, 2007). No Brasil, desde novembro de 2011, o termo “paraolímpico” foi substituído por “paralímpico” pelo Comitê Paralímpico Brasileiro, a pedido do Comitê Paralímpico Internacional, com o objetivo de alcançar a universalização do termo e suas derivações (CASTELAR, 2011).

O Comitê Paralímpico Internacional (IPC), fundado em 22 de setembro de 1989, com sede em Bonn, na Alemanha, é o principal responsável pelo esporte e tem como objetivo desenvolver oportunidades esportivas para todas as pessoas com deficiência, do iniciante ao nível elite (TORRALBA, 2012). Atualmente, os Jogos Paralímpicos são considerados o segundo maior evento esportivo mundial em termos de duração e números de participantes, perde apenas para as Olímpiadas (GONZALEZ e

SILVA, 2007; TORRALBA, 2012). Os últimos jogos paralímpicos, realizados entre os dias 29 de agosto e 09 de setembro de 2012, em Londres, na Grã Bretanha, teve a participação de 4.280 atletas de 166 países que competiram em 20 modalidades esportivas (TORRALBA, 2012).

No Brasil, o esporte para pessoas com deficiência teve seu início no ano de 1958, quando Robson Sampaio de Almeida fundou no Rio de Janeiro, no dia 1º de abril, o clube do Otimismo e Sérgio Serafim Del Grande criou o clube dos Paraplégicos de

São Paulo, em 28 de julho. Ambos regressavam de um processo de reabilitação realizado nos Estados Unidos e munidos de informações referentes ao basquetebol em cadeiras de rodas passaram a utilizar o esporte como um elemento de reabilitação para cadeirantes. Já no ano seguinte, em 1959, aconteceu a primeira competição entre os dois clubes com vitória dos paulistas (BRAZUMA e CASTRO, 2001; COSTA e SOUSA, 2004). A prática esportiva competitiva no país continuou crescendo até que, em 1972, o

Brasil iniciou sua participação nos Jogos Paralímpicos, na cidade de Heidelberg, na Alemanha, mas nessa ocasião, não conquistou medalhas (GONZALEZ e SILVA, 2007).

No ano de 1995 é fundado o Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB), afiliado ao comitê Paralímpico Internacional (IPC), atualmente com sede em Brasília, é o principal responsável pelo esporte paralímpico no país (MARQUES; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2012). Desde então, o Brasil apresentou uma grande evolução. Nas Paralímpiadas de

Sydney, no ano 2000, alcançou o 24º lugar no quadro geral de medalhas com 22 medalhas, o que demonstrou a sua grande capacidade de se tornar uma potência mundial no esporte paralímpico (COSTA e SANTOS, 2002).

Mesmo com o crescimento do esporte paralímpico no Brasil, pessoas com deficiência ainda encontram dificuldades para iniciar e se manter no esporte. Faltam instalações esportivas adequadas, transporte, acessibilidade, apoio financeiro e social, entre outros (CARDOSO, 2011). Além disso, a própria deficiência e as condições de saúde constituem uma barreira pessoal que também pode influenciar na adesão à prática esportiva (JAARSMA et al., 2014). Apesar disso, o crescente interesse científico e incentivo para maiores investimentos financeiros (tanto público quanto privado) têm contribuído no desenvolvimento do esporte no país (CARDOSO, 2011).

A profissionalização e os altos investimentos no esporte levaram o Brasil a se firmar no cenário mundial, o que resultou nas 43 medalhas conquistadas e o 7º lugar geral no quadro de medalhas nos últimos Jogos Paralímpicos, realizados no ano de 2012, em Londres (MARQUES; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2012). Ao longo de todos

esses anos de participação do Brasil, nos Jogos Paralímpicos, o atletismo é a modalidade em que o país conquistou o maior número de medalhas (BRASIL, 2014; GONZALEZ e SILVA, 2007).

Nas provas do atletismo paralímpico participam atletas com deficiência física, visual e mental, nas categorias masculina e feminina. As provas dividem-se em: corridas, saltos, lançamentos e arremessos (BRASIL, 2014; COSTA e SOUSA, 2004). As diferentes formas de deficiência e seus diferentes graus de comprometimento produzem desigualdades em relação ao desempenho esportivo dos atletas (HOWE e JONES, 2006; HOWE, 2008; TWEEDY; WILLIANS; BOURKE, 2010). Os organizadores das competições paralímpicas buscam encontrar um sistema que garanta igualdade de condições competitivas. Para isto, agrupam os atletas em categorias ou classes, de acordo com o grau de comprometimento apresentado, de forma que haja equilíbrio e homogeneidade de disputa na competição (COSTA e SOUSA, 2004; GONZALEZ e SILVA, 2007; MARQUES, et al., 2012; MARQUES et al., 2009; TWEEDY e VANLANDEWIJCK, 2011).

As competições e as modalidades do esporte paralímpico têm crescido muito nos últimos tempos, tanto no Brasil quanto no mundo, o que atrai cada vez mais adeptos (CARDOSO, 2011). Em muitos casos, os atletas já consagrados são referência para os deficientes sedentários iniciarem a prática esportiva (BRAZUMA e CASTRO, 2001). Não é incomum os que procuram o esporte apenas como uma forma de reabilitação interessarem-se pela competição e tornarem-se atletas ao longo do tempo (MARTIN, 2006; MCCANN, 1996; SAMULSI e NOCE, 2002).

São muitos os benefícios do esporte para indivíduos com deficiência física. Contribui para a melhoria da condição física (LABRONICI et al., 2000; SCRUTON, 1979; VAN DER PLOEG et al., 2007), do estado de humor (CAMPBELL e JONES, 1994), da vida afetiva e social (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009) e desempenha importante papel na integração do deficiente na sociedade (CHUN et al., 2008; MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; TASIEMSKI et al., 2005; ZABRISKIE et al., 2005). Além disso, o esporte também repercute positivamente na QV (CARDOSO, 2011; LUNDBERG; BENNETT; SMITH, 2011; NAKASHIMA et al., 2009).

A comparação da QV entre pessoas com deficiência física praticantes e não praticantes de esporte foi realizada em trabalhos anteriores e detectou melhor QV nos atletas paralímpicos (ANTONIETTI et al., 2008; NOCE; SIMIM; MELLO, 2009;

YAZICIOGLU et al., 2012). Esses estudos incluíram atletas paralímpicos dos esportes basquete em cadeira de rodas (ANTONIETTI et al., 2008; NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012), tiro com arco, tiro de pistola de ar e futebol para amputados (YAZICIOGLU et al., 2012).

Os atletas paralímpicos podem competir basicamente em dois níveis, participação e elite (JONG et al., 2010), tornando-se este último cada vez mais competitivo (BRAZUMA e CASTRO, 2001). Um estudo avaliou a QV de atletas paralímpicos de nível elite e comparou-os com pessoas com deficiência física não praticantes de esporte (YAZICIOGLU et al., 2012). A comparação da QV entre atletas de elite e participação ainda não foi realizada, embora alguns autores já tenham indicado a necessidade de se verificar possíveis diferenças na QV conforme os diferentes níveis de competitividade (MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012).

Uma vez que o padrão de excelência e oportunidades dos atletas de elite e participação sejam diferentes, a hipótese da pesquisa é que isso possa refletir em uma melhor percepção de QV no grupo elite. O presente estudo avaliou indivíduos com deficiência física praticantes de atletismo com o intuito de contribuir para maior esclarecimento sobre a QV desses indivíduos.

2 OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida de indivíduos com deficiência física praticantes de atletismo paralímpico, conforme o nível de competitividade esportiva (elite vs participação) e compará-los com pessoas com deficiência física sedentárias ou saudáveis sedentárias.

3 MÉTODO

3.1 Participantes

O estudo observacional transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (protocolo 062/11) e conduzido no período de setembro de 2011 e fevereiro de 2013 (ANEXO A).

Foram convidados para participar de forma voluntária indivíduos de ambos os sexos com idade entre 15 e 54 anos, conforme os critérios de inclusão estabelecidos para cada grupo de estudo. Os grupos foram pareados entre si numa proporção de um para um, segundo sexo, idade e deficiência física (congênita ou adquirida).

Ao todo, o estudo foi composto por quatro grupos, segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Grupo 1 (G1): pessoas com deficiência física praticantes de atletismo nível elite, participantes de competições nacionais (com exigência de índices).
- Grupo 2 (G2): pessoas com deficiência física praticantes de atletismo nível participação, participantes de competições regionais (sem exigência de índices).
- Grupo 3 (G3): pessoas com deficiência física sedentária.
- Grupo 4 (G4): pessoas saudáveis sedentárias.

Foram consideradas sedentárias as pessoas que não realizavam atividade física sistematizada (ou seja, planejada, estruturada e repetitiva) nos últimos três meses ou mais (BOOTH e CHAKRAVARTHY, 2002; PALMA, 2010).

No esporte paralímpico, os atletas são classificados por classes de acordo com a deficiência e grau de comprometimento, conforme lista abaixo para o atletismo (CPB, 2014; IPC, 2014):

Para provas de campo – arremesso, lançamentos e saltos *F – Field (campo)*

- *F11 a F13* – deficientes visuais
- *F20* – deficientes mentais
- *F31 a F38* – paralisados cerebrais (31 a 34 para cadeirantes e 35 a 38 para ambulantes)
- *F40 a F41* – anões
- *F42 a F47* – amputados e outros (*les autres*)

- *F51 a F58* – competem em cadeiras (sequelas de poliomielite, lesões medulares e amputações)

Para provas de pista – corridas de velocidade e fundo
T – track (pista)

- *T11 a T13* – deficientes visuais
- *T20* – deficientes intelectuais
- *T31 a T38* – paralisados cerebrais (31 a 34 para cadeirantes e 35 a 38 para ambulantes)
- *T40 a T41* anões
- *T42 a T47* – amputados e outros (*les autres*)
- *T51 a T54* – competem em cadeiras (sequelas de poliomielite, lesões medulares e amputações)

Nesta pesquisa, foram incluídos nos grupos 1 e 2 os atletas paralímpicos do atletismo das seguintes classes: *F31 a F38; F40; F41 a F46; F51 a F58; T31 a T38; T41 a T46; T51 a T54*. Não foram incluídos atletas com deficiência visual (*F11 a F13; T11 a T13*) ou intelectual (*F20 e T20*).

Todos os participantes foram informados sobre o estudo e forneceram o consentimento por escrito (APÊNDICE A). Para os menores de 18 anos, foi obtido o consentimento por escrito também de um responsável pelo mesmo (APÊNDICE B). Além disso, o termo de responsabilidade também foi assinado (APÊNDICE C).

Foi estabelecido como critério de exclusão a desistência em participar ou o não entendimento dos questionários detectado pelo pesquisador durante a entrevista.

3.2 Avaliações

3.2.1 Abbreviated Version of the instrument Quality of Life World Health Organization (WHOQOL-BREF)

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de avaliação da QV amplamente utilizado em condições clínicas diversas, bem como em indivíduos saudáveis. Elaborado pela Organização Mundial de Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1998), esse questionário já foi traduzido para a língua portuguesa, adaptado e validado culturalmente para a população brasileira (FLECK et al., 2000) (ANEXO B).

O instrumento é composto por 26 itens ou questões. Uma questão avalia a QV geral e outra, a saúde geral. Os demais itens estão divididos em quatro domínios (FLECK et al., 2000; THE WHOQOL GROUP, 1998):

- *Domínio Físico* (7 itens): atividades da vida diária; capacidade de trabalho; dependência de medicação ou de tratamento; dor e desconforto; energia e fadiga; mobilidade; sono e repouso.
- *Domínio Psicológico* (6 itens): aparência e auto-imagem; auto-estima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; sentimentos negativos e sentimentos positivos.
- *Domínio Relações Sociais* (3 itens): atividade sexual; relações pessoais; suporte social.
- *Domínio Meio Ambiente* (8 itens): ambiente do lar; ambiente físico; disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; acesso ou oportunidades de recreação e lazer; recursos financeiros; segurança física e proteção; transporte.

Cada item apresenta cinco opções de respostas distribuídas em uma escala Likert, com valor atribuído de um a cinco. Os escores dos domínios são multiplicados por quatro e transformados em uma escala de zero a 100. Maiores escores indicam melhor QV (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Nesse estudo, o instrumento WHOQOL-BREF foi aplicado na forma de entrevista para todos os participantes. A confiabilidade da consistência interna foi verificada por meio do coeficiente de alfa-cronbach (CRONBACH, 1951) e variou de 0,50 a 0,68 nos grupos estudados.

3.2.2 Questionário clínico e demográfico

As informações clínicas e demográficas dos adolescentes e adultos da pesquisa foram obtidas através de um questionário elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE D).

O questionário é composto por perguntas sobre dados pessoais dos voluntários (idade, sexo e escolaridade); dados familiares (união marital estável ou não, renda familiar); informações sobre a prática esportiva (como se deu a iniciação, qual a sua motivação, frequência de treinos semanais, tempo de prática, número de competições anuais e bolsa atleta).

Dados sobre a deficiência também foram coletados, tais como o tipo de deficiência (congênita ou adquirida), tipo de sequela, uso de tecnologia assistiva,

necessidade de acompanhante, tratamentos (médico, psicológico, fisioterápico ou terapia ocupacional) e uso de medicamentos.

O tipo de sequela apresentada pelos voluntários foi definida conforme descrição abaixo (BOBATH, 1978):

- 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 membro (inferior ou superior).
- Monoparesia: perda parcial das funções motoras de um membro (inferior ou superior).
- Triplegia: perda total das funções motoras de três membros.
- Triparemia: perda parcial das funções motoras de três membros.
- Hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemicorpo (direito ou esquerdo).
- Hemiparesia: perda parcial das funções motoras de um hemicorpo (direito ou esquerdo).
- Amputação: perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.

3.3 Procedimentos

O Grupo G1, composto por atletas paralímpicos de elite no atletismo, serviu de parâmetro para os demais grupos desse estudo. Foi estabelecido pelos pesquisadores que os grupos seriam pareados numa proporção de um para um para as variáveis sexo, idade e deficiência física (congênita ou adquirida). Após análises preliminares dos registros dos resultados e rankings das competições dos anos anteriores disponibilizados pelo CPB (Comitê Paralímpico Brasileiro), verificou-se que esse grupo (elite) teria um número restrito de atletas, o que justificou ser o primeiro coletado. Os demais grupos, a princípio, disporiam de um número maior de potenciais voluntários.

O grupo G1 foi recrutado no ano de 2011. Para a sua composição foi considerado o número total de 61 atletas do atletismo com deficiência física com índice exigido pelo Comitê Paralímpico Brasileiro (CBP) para integrar a elite do atletismo paralímpico nas competições nacionais desse ano. O tamanho da amostra para esse universo, com uma margem de erro máximo de 5%, poder estatístico de 80% e perda

estimada em 10% seria de pelo menos 57 atletas (COCHRAN, 1986). Foram convidados e participaram da pesquisa 57 atletas, entrevistados durante uma etapa nacional do “Circuito Loterias Caixa Brasil Paralímpico de Atletismo” realizada do dia 02 a 04 de setembro de 2011, no complexo Desportivo Constâncio Vaz Guimarães – IBIRAPUERA- São Paulo-SP, nos ambientes de competição. Os demais grupos mantiveram o número total de 57 participantes pareados por sexo e idade.

Para o grupo G2, foram recrutadas pessoas com deficiência física praticantes de atletismo nível participação em uma etapa regional centro leste do “Circuito Loterias Caixa Brasil Paralímpico de Atletismo” realizada do dia 18 a 20 de maio de 2012, no Centro Integrado de Educação Física- CIEF- Brasília-DF.

Após análises dos inscritos, 123 atletas foram identificados como possíveis voluntários segundo a classe da deficiência para o atletismo (CPB, 2014; IPC, 2014). Em seguida os pesquisadores realizaram contato com os técnicos das equipes, a fim de obter mais informações referentes aos critérios de inclusão e exclusão para o estudo. Dezesseis atletas não puderam fazer parte da pesquisa, pelos seguintes motivos: 5 por dificuldades intelectuais; 3 por apresentar problemas visuais e por também competir em outras categorias “*Categoria Visual*”; 8 por estar fora da faixa etária preconizada pelo estudo (idade entre 15 e 54 anos). Restaram 107 atletas para o segundo estágio, referente ao pareamento desses possíveis voluntários com os participantes do grupo elite (G1), segundo as variáveis sexo, idade e deficiência física (adquirida ou congênita). Nessa fase mais 11 atletas não foram incluídos por não se enquadarem nos critérios estabelecidos para o pareamento.

Dos 96 atletas remanescentes, foi realizada abordagem por conveniência, sempre com a ajuda do técnico ou de um representante da equipe, até atingir o número de 57 voluntários. Nessa etapa, apenas três atletas não concordaram em participar e cinco não tinham as características que havia sido informada pelo representante da equipe, não enquadando nas características do pareamento. Os demais 31 atletas que faziam parte dos 96 pré-selecionados não chegaram a ser abordados ou incluídos na pesquisa, pois o número de voluntários necessários ao pareamento já fora alcançado.

Em ambas as coletas dos grupos (G1) e (G2) as abordagens dos atletas voluntários foram realizadas pelos pesquisadores nos ambientes de competição.

O recrutamento do grupo G3 (pessoas com deficiência física sedentárias) aconteceu na cidade de Uberlândia-MG no período de fevereiro de 2012 a dezembro de 2012, em três instituições de referência ao atendimento de pessoas com deficiência na

cidade de Uberlândia: APARU, CERTO e VIRTUS, onde são oferecidos diversos serviços, tais como: fisioterapia, oficinas de artes e artesanato, alfabetização, atividades de lazer e recreação entre outras. Para a coleta de dados os pesquisadores obtiveram autorização previa dos responsáveis pelas instituições. Por meio do cadastro de atendimento foram verificadas as variáveis idade, sexo, tipo de deficiência e possível prática de atividade esportiva.

Com a ajuda de funcionários das instituições, após a identificação dos possíveis voluntários, os pesquisadores iniciaram o recrutamento por conveniência nas salas de espera das instituições em dias e horários em que a pessoa recebia atendimento na instituição, o que ocorria de forma intencional, visto que o possível voluntário já havia sido pré-selecionado na lista de atendimento. Em primeiro momento foram confirmados os dados do cadastro segundo os critérios de inclusão e pareamento, em seguida realizado convite para participar do estudo. Todos os convidados consentiram em participar e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido responderam com êxito os questionários da pesquisa.

Durante as coletas de dados os pesquisadores fizeram visitas frequentes as instituições a fim de conseguir o total de 57 voluntários para a composição do grupo deficiente físico sedentário (G3) para pareamento com os demais grupos. Visto as dificuldades já esperadas pelos pesquisadores, pois estas instituições frequentemente promovem à prática de alguma atividade esportiva, a fim de atingir o número de voluntários necessários, a pesquisa foi expandida para o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU).

O Hospital de Clínicas da UFU é local de referência no atendimento clínico secundário e terciário em diversas especialidades de saúde. Os voluntários foram recrutados através de listas de contatos fornecidas pelo Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares (SEIH) do Setor de Arquivo Médico (SAME) do HC/UFU, segundo a variável idade e CID. Os pesquisadores de posse da lista com os nomes e dados clínicos dos pacientes, selecionaram os possíveis voluntários de acordo com as necessidades do pareamento. Em seguida foram realizados contatos via telefone, nos casos em que as pessoas confirmaram os dados contidos no cadastro médico e relataram estar sedentárias foram convidadas a participar do estudo. Para continuidade do processo foi agendado entrevista na residência ou local mais conveniente para os voluntários para aplicação de todo o protocolo (incluindo termo de consentimento livre

e esclarecido). Foram incluídos neste grupo indivíduos com os seguintes CIDs: (G04.9, S88.0,S22.0, S68.9, S34.5, S68.9, S24.1, T92.6, S88.1)

Assim, a coleta de dados do grupo G3 foi concluída com voluntários oriundos dos seguintes locais: (22- APARU), (13- CERTO), (3-VIRTUS) e (19- HC-UFU), totalizando 57 voluntários.

A coleta de dados do grupo G4 (pessoas saudáveis sedentárias) ocorreu entre fevereiro de 2012 a fevereiro de 2013 na cidade de Uberlândia-MG. Os pesquisadores, durante a coleta de dados das pessoas com deficiência física sedentárias (grupo G3), requisitaram que as mesmas indicassem para participar da pesquisa indivíduos saudáveis com as características de sexo e idade necessárias para o pareamento com os demais grupos. Essas pessoas deveriam ser conhecidas dos voluntários do grupo G3 destes que não tivessem grau de parentesco ou residisse no mesmo lar. Dos 57 voluntários que constituíram o grupo G4, 44 foram entrevistadas em suas residências ou locais mais convenientes para os mesmos, após indicação e posterior contato via telefone pelos pesquisadores. Os outros 13 voluntários foram entrevistados nas instituições no momento em que acompanhavam um amigo que foi voluntário no grupo G3 e o indicou para compor o grupo G4. Todos os voluntários desse grupo, a exemplo dos demais, receberam as informações referentes à pesquisa e concordaram em participar, cumprindo a todos os protocolos do estudo.

A coleta de dados dos quatro grupos que compõem o estudo foi realizada em forma de entrevista com todos os 228 voluntários.

3.4 Análise estatística

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização demográfica, clínica e esportiva dos participantes e para determinar os escores do WHOQOL-BREF.

O teste do Qui-quadrado foi utilizado na comparação entre os grupos para as frequências das respostas dos itens Q1 e Q2 do WHOQOL-BREF, estado civil e recebimento ou não de bolsa atleta (grupos G1 e G2). A comparação dos escores do WHOQOL-BREF foi realizada por meio da ANOVA com pós-teste de Bonferroni. O tamanho do efeito, calculado como a razão entre a diferença das médias e o desvio padrão, foi utilizado para medir a magnitude das diferenças significativas na comparação dos escores de QV entre os quatro grupos. Os valores obtidos foram

considerados grandes quando maiores ou iguais a 0,8; moderados de 0,4 a 0,79 e pequenos abaixo de 0,4(COHEN, 1988).

O coeficiente de correlação Pearson foi utilizado para as correlações dos resultados do WHOQOL-BREF com os dados esportivos nos grupos G1 e G2. O nível de significância adotado foi $p<0,05$.

Todos os dados foram sumarizados no programa *Microsoft Exel ® 2007* e transportados para o *Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows-version 18.0(SPSS)* para análise estatística. O nível de significância adotado foi $p<0,05$.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 228 indivíduos, distribuídos em quatro grupos com 57 voluntários, pareados na proporção de um para um, por sexo e idade, sendo 41 (71,93%) do sexo masculino e 16 (28,07%) do sexo feminino e a idade média foi de 31 anos com desvio padrão de 9,6 anos para todos os grupos.

A renda familiar foi menor em G3 na comparação com os demais grupos ($p=0,01$). Ocorreu diferença significativa na escolaridade apenas entre os grupos G3 e G4 ($p=0,00$). Quanto ao estado civil G4 apresentou maior união estável 28 (49,12%), enquanto G3 a menor união estável dos quatro grupos 18(31,58%) ($p=0,00$), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais dos participantes

	G1 Deficiente Físico Atleta- Elite	G2 Deficiente Físico Atleta-Participação	G3 Deficiente Físico Sedentário	G4 Saudável Sedentário	P valor
Renda Familiar					
Mensal (Salários Min)					
Media	3,47 ^{ab}	2,60 ^b	1,82 ^c	3,79 ^a	0,01*
Desvio Padrão (±)	(2,70)	(1,51)	(0,76)	(2,38)	
Escolaridade(anos)					
Media	11,34 ^{abc}	10,82 ^{abc}	9,74 ^b	12,14 ^c	0,00*
Desvio Padrão (±)	(3,40)	(2,87)	(3,95)	(2,85)	
Estado Civil					
União Estável	21(36,84%)	20(35,1%)	18(31,58%)	28(49,12%)	0,00 [§]
Não União Estável	36(63,16%)	37(64,9%)	39(68,42%)	29(50,88%)	

*Análise de variância (ANOVA), com pós-teste de Bonferroni; ($p<0,05$).[§]Teste do Qui-quadrado; ($p<0,05$).

O tipo de deficiência foi utilizado como critério de pareamento para os grupos G1, G2 e G3, com 19 (33%) com deficiência congênita e 38 (66,67%) deficiência adquirida. Dentre as limitações motoras apresentadas predominou a paraparesia/paraplegia: G1 (43,85%), G2 (40,34%) e G3 (40,34%). Também foram encontradas limitações, tais como: monoplegia/monoparesia em G1 (12,28%), G2 (17,55%) e G3 (29,83%); hemiplegia/hemiparesia em G1 (19,31%), G2 (24,56%) e G3 (10,53%); amputação de membro superior/inferior em G1 (19,31%), G2 (14,04%) e G3 (15,79%); outras em G1 (5,25%), G2 (3,51%) e G3 (3,51%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequências dos grupos de pessoas com deficiência física segundo o tipo de sequela

	G1 Deficiente Físico Atleta- Elite		G2 Deficiente Físico Atleta-Participação		G3 Deficiente Físico Sedentário	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Paraplegia	15	(26,31)	14	(24,56)	3	(5,26)
Paraparesia	10	(17,54)	9	(15,81)	20	(35,08)
Monoplegia	0	(0)	1	(1,75)	0	(0)
Monoparesia	7	(12,28)	9	(15,80)	17	(29,83)
Triparestia	0	(0)	1	(1,75)	0	(0)
Hemiplegia	2	(3,51)	2	(3,51)	0	(0)
Hemiparesia	9	(15,80)	12	(21,05)	6	(10,53)
Amputação M.I.	5	(8,77)	5	(8,77)	6	(10,53)
Amputação M.S.	6	(10,53)	3	(5,26)	3	(5,26)
Outros	3	(5,26)	1	(1,75)	2	(3,51)

M.I.= membro inferior; M.S.= membro superior.

O uso de tecnologia assistiva foi maior no grupo G3, totalizando 46 (80,7%), e menor em G1 com 35 (61,4%), dentre elas, a de maior uso foi a cadeira de rodas utilizada por 24 pessoas no (G1), 20 em (G2) e 29 (G3). Já os que não necessitam do uso de tecnologia assistiva foram 23 pessoas no (G1), 17 em (G2) e 18 em (G3), conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de frequências dos grupos de pessoas com deficiência física segundo o uso de tecnologia assistiva

	G1 Deficiente Físico Atleta- Elite		G2 Deficiente Físico Atleta-Participação		G3 Deficiente Físico Sedentário	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Cadeira de Rodas	24	(42,11)	20	(35,09)	29	(50,88)
Muletas	6	(10,53)	12	(21,05)	8	(14,02)
Bengala	1	(1,75)	3	(5,26)	4	(7,01)
Próteses	0	(0)	5	(8,77)	2	(3,51)
Andador	2	(3,51)	0	(0)	2	(3,51)
Outros	2	(3,51)	0	(0)	1	(1,75)
Total tecnologia Assistiva	35	(61,40)	40	(70,17)	46	(80,70)
Não Necessita tecnologia Assistiva	23	(40,35)	17	(29,82)	18	(31,57)

A maioria dos indivíduos com deficiência física que compuseram o estudo são totalmente independentes, apenas 1 (1,75%) pessoa do grupo G3 relatou necessitar de acompanhante para atividades de vida diária, já para as atividades de vida prática, foram 5 (8,77%) em G1; 8 (14,03%) em G2; 11 (19,30%) em G3, conforme Tabela 4.

O grupo G3 foi o que apresentou o maior número de pessoas em tratamento médico 29 (50,88%). Já G2 obteve mais indivíduos em tratamento psicológico 23

(40,35%) e também em tratamento de fisioterapia ou terapia ocupacional 14 (24,56%). Quanto ao aspecto já ter realizado de algum tipo de cirurgia, o número foi maior entre os voluntários de G1 40 (70,17%). Em relação ao uso de medicamentos, a frequência de utilização foi parecida nos três grupos de pessoas com deficiência física com destaque para o uso de anticonvulsivantes, conforme mostra Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos grupos de pessoas com deficiência física segundo variáveis clínicas e terapêuticas

	G1 Deficiente Físico Atleta- Elite		G2 Deficiente Físico Atleta-Participação		G3 Deficiente Físico Sedentário	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Dependente						
Atividade de vida diária	0	(0)	0	(0)	1	(1,75)
Atividade de vida prática	5	(8,77)	8	(14,03)	11	(19,30)
Tratamento Médico						
Em tratamento	24	(42,11)	27	(47,38)	29	(50,87)
Já fez	31	(54,38)	23	(40,35)	28	(49,12)
Nunca Fez	2	(3,51)	5	(8,77)	2	(3,51)
Tratamento Psicológico						
Em tratamento	13	(22,80)	23	(40,35)	19	(33,33)
Já fez	34	(59,66)	25	(43,84)	24	(42,11)
Nunca Fez	10	(17,54)	9	(15,81)	14	(24,56)
Fisioterapia ou terapia ocupacional						
Em tratamento	10	(17,54)	14	(24,56)	2	(3,51)
Já fez	36	(63,15)	39	(68,42)	47	(82,45)
Nunca Fez	11	(19,30)	4	(7,01)	8	(14,03)
Fez alguma Cirurgia						
Sim	40	(70,17)	39	(68,42)	36	(63,15)
Uso de Medicamento						
Anticonvulsivantes	6	(10,53)	7	(12,28)	4	(7,01)
Antidepressivos	1	(1,75)	3	(5,26)	4	(7,01)
Anti-hipertensivos	4	(7,01)	2	(3,51)	2	(3,51)
Outros	3	(5,26)	2	(3,51)	6	(10,53)

A iniciação no atletismo se deu por iniciativa própria na maioria dos praticantes, 26 (45,62%) em (G1) atletas elite e por 18 (31,5%) em (G2) atletas participação, o apoio da família também foi importante para 11 (19,3%) (G1) e 5 (8,77%) (G2), para ambos indicação médica e escola não teve influência na iniciação esportiva. A motivação para praticar esporte esta na família para 12 (21,05%) (G1) e 10 (17,54%) (G2), o treinador também tem papel importante para 6 (10,53%) (G1) e 13 (22,81%) (G2), no entanto a maioria dos atletas tem outras motivações para a prática esportiva 25 (43,86%) (G1) e 18 (31,58%) (G2), conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição de frequências nos grupos de atletas, conforme a iniciação esportiva e a motivação para praticar o esporte

Como se deu a iniciação Esportiva	G1		G2	
	Deficiente Físico Atleta- Elite	N (%)	Deficiente Físico Atleta-Participação	N (%)
Indicação Médica	0	(0)	0	(0)
Indicação Terapeuta	4	(7,01)	3	(5,26)
Apoio da Família	11	(19,3)	5	(8,77)
Escola	0	(0)	0	(0)
Iniciativa própria	26	(45,62)	18	(31,5)
Outras	16	(28,07)	31	(54,39)
Qual sua motivação para praticar o Esporte				
Família	12	(21,05)	10	(17,54)
Amigos	5	(8,77)	6	(10,53)
Treinador	6	(10,53)	13	(22,81)
Médico	0	(0)	0	(0)
Terapeuta	0	(0)	0	(0)
Apoio Financeiro	6	(10,53)	2	(3,51)
Viagens	3	(5,26)	8	(14,03)
Outras	25	(43,86)	18	(31,58)

Ocorreram diferenças significativas entre G1 e G2 para todas as médias das variáveis esportivas: tempo de prática do atletismo, frequência de treinos semanais, número de competições e recebimento de bolsa atleta. As maiores médias foram obtidas pelo grupo elite, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Características esportivas dos grupos de atletas nível elite e participação

	G1 Deficiente Físico Atleta- Elite	G2 Deficiente Físico Atleta-Participação	P valor
Tempo de Prática em anos			
Média	6,43	2,63	0,00*
Desvio Padrão (±)	5,11	1,78	
Frequência Treinos (dias/semana)			
Média	4,77	3,47	0,00*
Desvio Padrão (±)	1,06	1,15	
Número de Competições Anuais			
Média	8,92	3,08	0,00*
Desvio Padrão (±)	6,73	1,81	
Bolsa Atleta			
Sim	46(80,7%)	19(33,33%)	0,00 [§]

* Teste t de Student. [§] Teste do Qui-quadrado; (p<0,05).

O primeiro aspecto da QV analisado foi a satisfação geral com a QV, referente ao item1 (Q1) do WHOQOL-BREF. A maioria dos indivíduos de G1 avaliou sua QV como “muito boa”, em G2 ocorreu a mesma proporção entre respostas “muito boa” e “boa”, em G3 e G4 a maioria considerou sua QV “boa” (p=0,00). Para a percepção

geral de saúde pelo próprio indivíduo no item 2 (Q2), grande parte dos voluntários de G1 e G2 expressou estar “muito satisfeito” com a própria saúde, com maior frequência em G1. Em G3 e G4, a maioria encontrava-se “satisfeito” com a própria saúde ($p=0,00$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Percepção geral com a QV e satisfação geral de saúde do WHOQOL-BREF

	G1 Deficiente Físico Atleta- Elite	G2 Deficiente Físico Atleta-Participação	G3 Deficiente Físico Sedentário	G4 Saudável Sedentário	P valor
Questão 1-Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
Muito boa	34(59,65%)	27(47,37%)	11(19,30%)	11(19,30%)	0,00 [§]
Boa	19(33,33%)	27(47,37%)	26(45,61%)	33(57,89%)	
Nem Ruim/Nem boa	4(7,02%)	3(5,26%)	15(26,32%)	9(15,79%)	
Ruim	0(0%)	0(0%)	5(8,77%)	2(3,51%)	
Muito Ruim	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(3,51%)	
Questão 2-Quão satisfeito (a) você esta com a sua saúde?					
Muito satisfeito	28(49,12%)	26(45,61%)	9(15,79%)	12(21,05%)	0,00 [§]
Satisfeito	27(47,37%)	26(45,61%)	24(42,11%)	37(64,90%)	
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	2(3,51%)	3(5,27%)	16(28,07%)	7(12,28%)	
Insatisfeito	0(0%)	2(3,51%)	8(14,03%)	0(0%)	
Muito Insatisfeito	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(1,76%)	

[§]Teste do Qui-quadrado; ($p<0,05$).

Em relação aos domínios do WHOQOL-BREF, os atletas paralímpicos elite (G1) apresentaram os maiores escores. Essa diferença foi significativa em comparação com os deficientes físicos sedentários (G3) para todos os escores ($p=0,00$). Em comparação com G4, os escores de G1 foram maiores no domínio psicológico ($p=0,00$). O grupo G2 foi superior ao G3 ($p=0,00$), não diferindo apenas no domínio meio ambiente, e também superior a G4 no domínio psicológico ($p=0,00$). O grupo G4 obteve maior escore que G3 nos domínio físico e relações sociais ($p=0,00$). Não ocorreram diferenças significativas entre G1 e G2, conforme descrito na Tabela 8.

Tabela 8- Comparação dos escores do WHOQOL-BREF entre os grupos estudados

WHOQOL-BREF	G1	G2	G3	G4	P valor	Poder do teste	Tamanho do efeito
	Deficiente Físico Atleta- Elite	Deficiente Físico Atleta-Participação	Deficiente Físico Sedentário	Saudável Sedentário			
Físico							
Média	79,57 ^a	73,08 ^a	63,09 ^b	76,00 ^a	0,00*	0,68	0,82
Desvio Padrão (±)	10,87	13,21	15,08	13,40			
Psicológico							
Média	83,48 ^a	81,72 ^a	69,37 ^b	73,24 ^b	0,00*	0,77	0,80
Desvio Padrão (±)	8,06	10,13	14,33	13,72			
Relações Sociais							
Média	85,67 ^a	79,53 ^a	64,47 ^b	79,53 ^a	0,00*	0,57	0,24
Desvio Padrão (±)	12,47	15,98	20,32	13,73			
Meio Ambiente							
Média	66,61 ^a	62,06 ^{ab}	55,37 ^b	61,35 ^{ab}	0,00*	0,71	0,74
Desvio Padrão (±)	13,58	12,30	14,59	13,97			

*Análise de variância (ANOVA), com pós-teste de Bonferroni; ($p<0,05$).

Não ocorreram diferenças significativas entre os indivíduos com deficiência física congênita e adquirida nos escores do WHOQOL-BREF em comparações realizadas dentro do próprio grupo ($p=0,10$ em G1; $p=0,22$ em G2 e $p=0,25$ em G3).

Os escores de QV dos grupos (G1 e G2) foram correlacionados com as variáveis esportivas (tempo de prática do atletismo, frequência de treinos semanais e número de competições anuais). No grupo G1, a frequência de treinos semanais obteve correlações positiva com os escores dos domínios físico 0,29 ($p=0,02$) e meio ambiente 0,31 ($p=0,01$); anos de prática do atletismo apresentou correlações negativas com domínio físico -0,31 ($p=0,01$). No grupo G2, ocorreu correlação significativa apenas entre número de competições anuais e domínio psicológico 0,26 ($p=0,04$).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, a prática ou não do esporte demonstrou diferença significativa na QV, tendo os atletas paralímpicos do atletismo de nível competitivo mais elevado (elite) obtido melhor satisfação geral com a QV, embora não tenham ocorrido diferenças nos domínios físico, psicológico, social e ambiental da QV. Outro fato notável foi a detecção de um maior prejuízo na QV das pessoas saudáveis sedentárias em relação às pessoas com deficiência física praticantes do atletismo.

Os atletas paralímpicos com deficiência física praticantes de atletismo apresentaram melhor QV do que os deficientes físicos sedentários. Embora os benefícios do esporte na QV de indivíduos com algum tipo de deficiência tenham sido relatados em outras pesquisas (COCQUYT e SIGMUND, 2011; DINOMAIS et al., 2010; GROFF; LUNDBERG; ZABRISKIE, 2009; NAKASHIMA et al., 2009; MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; ZABRISKIE et al., 2005), a comparação entre aqueles que praticam e os que não praticam esportes ainda é pouco estudada.

Os três trabalhos que compararam a QV entre pessoas com deficiência física praticantes e não praticantes de esporte (ANTONIETTI et al., 2008; NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012), utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF e detectaram melhor QV nos atletas paralímpicos. Destaca-se o fato de que as modalidades esportivas incluídas em cada estudo e o tamanho da amostra foram diferentes da presente pesquisa. Dois estudos, ambos brasileiros, avaliaram atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas, num total de dez (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009) e 15 deficientes físicos (ANTONIETTI et al., 2008). O outro estudo, conduzido na Turquia, incluiu 30 atletas paralímpicos de elite, sendo nove de basquetebol, nove de tiro com arco, quatro de tiro de pistola de ar e oito de futebol para amputados (YAZICIOGLU et al., 2012). Na presente pesquisa, o atletismo foi a única modalidade avaliada e o tamanho da amostra foi consideravelmente maior do que a dos trabalhos anteriores. Os resultados obtidos reforçam a importância da prática do atletismo, na percepção positiva de QV em pessoas com deficiência física. Os benefícios das demais modalidades esportivas poderão ser melhor estudados e comparados em futuras pesquisas.

O presente estudo teve como preocupação considerar que a prática esportiva pode ser realizada em diferentes níveis de rendimento, sendo os atletas frequentemente

diferenciados em elite ou participação. A hipótese inicial foi a de que haveria diferença na QV entre os atletas paralímpicos dessas categorias. De fato, observou-se maior satisfação geral com a QV para o grupo elite em comparação com o grupo participação, além de uma tendência para melhor QV no grupo elite segundo os domínios do WHOQOL-BREF.

Os atletas de elite são aqueles que se destacam entre os praticantes de determinada modalidade esportiva e participam de competições de alto nível. Para atingir os índices necessários, precisam superar constantemente os mais elevados níveis de exigências, sejam eles físicos, técnicos, táticos ou psicológicos (JUNIOR, 2002). Os demais atletas são incluídos na categoria participação.

Embora o alto nível competitivo em atletas paralímpicos possa estar relacionado à maior frequência de lesões esportivas, *stress* e outros aspectos motivacionais negativos, (BRAZUNA e CASTRO, 2001; DIJKSTRA et al., 2014; PETER VAN, 2012; WILLICK et al., 2013) tem sido demonstrado nos atletas de elite maior autoestima, menor nível de ansiedade, (CAMPBELL e JONES, 1994) elevada satisfação com a vida (YAZICIOGLU et al., 2012) e boa integração na comunidade (MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; ZABRISKIE et al., 2005). Além disso, o bom desempenho esportivo possibilita apoios financeiros e oportunidades de viagens nacionais e internacionais (BRAZUNA e CASTRO, 2001).

Para as pessoas com deficiência praticantes do esporte em nível participação, o simples fato de estar engajado no esporte já altera os seus paradigmas. A prática esportiva possibilita o deficiente a se ver e sentir de forma mais positiva (COSTA e SILVA et al., 2013), favorece a integração social e adaptação a sua condição física (LABRONICI et al., 2000) e também melhora o estado de humor, independentemente do nível competitivo (CAMPBELL e JONES, 1994).

Todos esses fatores podem influenciar, de forma positiva ou negativa, na percepção subjetiva de QV dos atletas paralímpicos de nível elite e participação. A comparação da QV entre os atletas destas duas categorias já havia sido recomendada em estudos anteriores (MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012), porém não realizada até o momento.

Um estudo britânico verificou a influência do nível competitivo no bem estar psicológico de atletas participantes de esportes em cadeira de rodas, divididos em grupos: recreativo, regional, nacional e internacional. Os atletas de nível internacional apresentaram maior percepção de bem estar psicológico e melhor autoestima do que os

demais (CAMPBELL e JONES, 1994). Essa pesquisa apresenta diferenças metodológicas em relação ao presente estudo, uma vez que avaliou outras modalidades esportivas, utilizou outra classificação de nível competitivo e não aplicou instrumento de avaliação de QV. Contudo, os resultados corroboram com os do presente estudo por detectar maior percepção de bem estar nos atletas paralímpicos em nível competitivo mais elevado.

Uma pesquisa conduzida com atletas sem deficiência em diversas modalidades esportivas comparou a QVRS entre as classes amadora e profissional, identificando melhor QVRS em atletas profissionais (MODOLÓ et al., 2009). Nessa investigação, os atletas profissionais foram aqueles que viviam exclusivamente com os ganhos provenientes de seu esporte e os amadores, os que além da atividade esportiva tinham outra profissão. É possível que os atletas profissionais se enquadrasssem predominantemente na categoria elite, embora a metodologia não permita tal afirmação. Deve-se considerar que foram avaliados apenas indivíduos sem deficiência, em diversas modalidades esportivas, com diferente classificação e um instrumento que considera as percepções de bem estar relacionadas ao estado de saúde. Os resultados estão de acordo com os achados da presente pesquisa, ao demonstrar melhor QV em atletas com maior dedicação ao esporte.

Neste estudo, os atletas paralímpicos do atletismo pertencentes ao grupo elite apresentaram resultados melhores do que o grupo participação não apenas em relação à percepção de QV, mas também uma significativa diferença nos quesitos anos de prática do atletismo, frequência de treinos semanais, número de competições anuais e recebimento de bolsa atleta. Embora estes resultados já fossem esperados, destaca-se o fato de que estas características esportivas tiveram em geral fraca associação com a percepção de QV. Deve-se considerar que o instrumento utilizado, por suas características genéricas, pode apresentar limitações para detectar a interferências destas variáveis tão específicas na percepção subjetiva de bem estar. Novas pesquisas que incorporem instrumentos relacionados à prática esportiva são necessárias para esclarecer os fatores determinantes para a QV destes atletas.

Destaca-se o fato de que os dois grupos de atletas paralímpicos (elite e participação) apresentaram melhor percepção geral com a QV e satisfação geral de saúde ao serem comparados com pessoas saudáveis sedentárias. Os grupos elite e participação também foram significativamente superiores no domínio psicológico em relação ao grupo saudável sedentário. Os demais escores do WHOQOL-BREF obtidos

pelos atletas paralímpicos, embora não tenham sido significativos, apresentaram valores iguais ou superiores aos do grupo de pessoas saudáveis.

A repercussão positiva na dimensão psicológica da QV dos praticantes de atletismo pode ser associada ao envolvimento com o esporte. A prática regular de atividades esportivas proporciona às pessoas com deficiência física desfrutar de uma vida mais plena, o que pode favorecer a percepção da imagem corporal, elevar a autoestima (ZUCHETTO e CASTRO, 2002), ajudar na integração social e na adaptação a sua condição física (LABRONICI et al., 2000). Esses benefícios psicológicos obtidos através do esporte refletem, de modo geral, nas relações de trabalho, na vida afetiva e social do deficiente físico (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009).

A deficiência física ocasiona limitações motoras e consequentemente restrições importantes na vida diária (AMIRALIAN et al., 2000), além de comprometer a percepção de QV, principalmente no domínio físico (CHANG; WANG; JANG, 2012), o que não aconteceu na presente investigação para as pessoas com deficiência física praticantes do atletismo. Os dois grupos de atletas paralímpicos obtiveram percepção de QV no domínio físico semelhante aos voluntários do grupo saudável, ou seja, pessoas que não apresentavam comprometimento físico. Esse resultado sugere que a prática do atletismo tenha minimizado os possíveis prejuízos da deficiência física na percepção de QV dos atletas paralímpicos, o que reforça os benefícios do esporte atletismo na QV destas pessoas.

Na comparação da QV entre deficientes físicos sedentários e indivíduos saudáveis sedentários, as pessoas com deficiência física apresentaram piores escores de QV em todos os domínios do WHOQOL-BREF, com diferenças significativas no domínio físico e no domínio relações sociais. Possivelmente as limitações da deficiência física tenham prejudicado a percepção de QV desses indivíduos. Tais achados são suportados por uma revisão de literatura em pessoas com lesão medular, que obtiveram uma menor percepção de QV em comparação com controles saudáveis ou população normativa (BOAKYE; LEIGH, B; SKELLY, 2012). Outro estudo comparativo da QV entre dois grupos, um composto por indivíduos saudáveis da população geral e um constituído por doentes com tumor do aparelho locomotor, demonstrou diferenças significativas, indicando o impacto negativo da doença tumoral do aparelho locomotor na QV (PAREDES et al., 2008).

Para os domínios psicológico e meio ambiente, apesar do grupo deficiente físico sedentário ter apresentado menores escores quando comparado ao grupo saudável, os

resultados não foram significativos. Deve-se considerar que a maioria dos deficientes físicos relatou já ter realizado ou estar em acompanhamento psicológico, o que possivelmente possa ter contribuído positivamente na percepção da QV psicológica (MUNHOZ e MOTTA, 2012; SOUZA e CERVENY, 2006). Outra questão a ser considerada é a possibilidade de resiliência frente às condições crônicas da deficiência (MACHIDA; IRWIN; FELTZ, 2013; SOUZA e CERVENY, 2006). Em relação ao domínio meio ambiente, os dois grupos pertenciam à mesma comunidade e demonstraram o mesmo grau de satisfação em relação ao local de moradia, acesso aos serviços de saúde, educação, lazer e meios de transportes.

Os três grupos compostos por pessoas com deficiência física foram pareados em relação ao tipo de deficiência, se congênita ou adquirida, não sendo detectadas diferenças significativas na QV em comparações realizadas dentro do próprio grupo. Um estudo prévio havia identificado melhor percepção de bem estar psicológico e melhor autoestima em atletas de esportes em cadeiras de rodas com deficiência adquirida na comparação com os atletas com deficiência congênita (CAMPBELL, 1995). Em contrapartida, uma investigação atual demonstrou que indivíduos com deficiência congênita são mais adaptados a deficiência e têm maior satisfação com a vida do que as pessoas com deficiência adquirida (BOGART, 2014). É provável que a resiliência aumente a capacidade de superação dos problemas e das adversidades (MACHIDA; IRWIN; FELTZ, 2013; SOUZA e CERVENY, 2006). Estudos futuros são necessários para maior esclarecimento quanto às implicações do tipo de deficiência e outras variáveis clínicas na QV.

De todos os domínios do WHOQOL-BREF, o domínio meio ambiente foi o que apresentou os menores escores de QV nos quatro grupos do presente estudo. Resultados semelhantes foram obtidos em outras pesquisas brasileiras com diferentes populações, tais como, pessoas com deficiência física (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009), lesão medular (BAMPI et al., 2008; FRANÇA et al., 2011; ou saudáveis (CIESLAK et al., 2012; INTERDONATO e REGUOL, 2010). Isso também ocorreu na população normativa iraniana (NEDJAT et al., 2008) e dinamarquesa (NOERHOLM et al., 2004). Em contrapartida, outros estudos não têm demonstrado o mesmo resultado, sendo observados menores escores no domínio físico para a população normativa brasileira (CRUZ et al., 2011), e em indivíduos com deficiência de diferentes países (CHANG; WANG; JANG, 2012; YAZICIOGLU et al., 2012). Novos estudos poderão esclarecer

estes achados e considerar a influência das diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas.

As amostras do estudo foram compostas, na sua maioria, por homens. Isto ocorreu em virtude do predomínio de atletas paralímpicos do sexo masculino no grupo elite, utilizado como parâmetro inicial no pareamento dos demais grupos. De fato, a participação nos esportes em geral tem maior representação de atletas do sexo masculino, desde tempos remotos (VERTINSKY, 1994).

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas. A QV foi mensurada através do WHOQOL-BREF que, apesar de ser um dos instrumentos mais utilizados na avaliação da QV de pessoas com deficiência praticantes de atividades físicas e esportivas (HILL et al., 2010; KIM et al., 2013), é um questionário genérico de QV que não leva em consideração aspectos específicos relacionados à prática esportiva. Maiores esclarecimentos poderão ser obtidos em estudos futuros por meio da utilização de instrumentos específicos, capazes de detectar aspectos mais relevantes para esses indivíduos.

Outra questão refere-se ao fato de que o nível de incapacidade e tipo de deficiência física não terem sido determinados clinicamente pelos pesquisadores. Ainda assim, todos os participantes com deficiência física apresentavam laudo do médico assistente.

Em relação às pessoas sedentárias, grupos G3 e G4, não foram investigadas as razões da não participação em atividades esportivas, o que poderia estar relacionada à falta de oportunidade, ser uma escolha do próprio indivíduo ou decorrer de outra variável clínica não avaliada.

6 CONCLUSÕES

Praticantes do esporte atletismo com deficiência física apresentaram impacto positivo na QV em comparação com pessoas com deficiência física sedentárias ou saudáveis sedentárias. Os atletas paralímpicos de elite mostraram melhor satisfação geral com a QV do que os demais atletas, porém sem diferença significativa nos domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-BREF.

Esses resultados reforçam os benefícios da prática esportiva, em particular, o atletismo, na QV das pessoas com deficiência física, independentemente do nível competitivo. Os profissionais da área de saúde e as instituições que prestam atendimentos às pessoas com deficiência física devem considerar essa prática esportiva no processo de reabilitação e de promoção da QV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Medicine And Science in Sports And Medicine**, Hagerstown, v. 7, n. 43, p. 1.334-1.359, July 2011.
- AMIRALIAN, M. L. et al. Conceituando deficiência. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.
- ANOKYE, N. K. et al. Physical activity and health related quality of life. **BMC Public Health**, n. 12, v. 624, p. 1-8, 2012.
- ANTONIETTI, L.S. et al. Comparative evaluation in spinal cord injured sedentary patients and wheelchair basketball players. **Rev Neurocien**, São Paulo, v. 2, n. 16, p. 90-96, 2008.
- BAMPI, L. N.; GUILHEM, D.; LIMA, D. D. Quality of live in people with traumatic spinal cord injury: a study with WHOQOL-bref. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 67-77, 2008.
- BARBANTI, V. J. O que é esporte? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 11, n. 1, p. 54-58, jan. 2006.
- BIZE, R.; JOHNSON, J. A.; PLOTNIKOFF, R. C. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. **Preventive Medicine**, v. 45, p. 401-415, 2007.
- BLAUWET, C.; WILLICK, S. E. The Paralympic Movement: Using Sports to Promote Health, Disability Rights, and Social Integration for Athletes With Disabilities. **American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 4, p. 851-856, November 2012
- BOAKYE, M.; LEIGH, B. C.; SKELLY, A. C. Quality of life in persons with spinal cord injury: comparisons with other populationsA.C. **J Neurosurg Spine (Suppl)**, v. 17, p. 29-37, 2012.
- BOBATH, B. K. **Desenvolvimento motor nos deficientes: tipos de paralisia cerebral**. Guarulhos- SP: Manole, 1978.
- BOGART, K. R. The Role of Disability Self-Concept in Adaptation to Congenital or Acquired Disability. **Rehabilitation Psychology**, v. 59, n. 1, p. 107–115, 2014
- BOOTH, F. W.; CHAKRAVARTHY, M. V. Cost and consequences of sedentary living:new battleground for an old enemy. **Research Digest**, v. 3, n.16 march 2002.
- BRASIL, 2014. Disponível em: <http://www.brasil2016.gov.br/pt-br/paraolimpiadas/modalidades/atletismo>. Acesso em: 02 ago. 2014.

BRAZUMA, M. R; MAUERBERG, E. C. A Trajetória do Atleta Portador de Deficiência no Esporte Adaptado de Rendimento. Uma Revisão de Literatura. **Rev. Motriz**, Rio Claro, v. 7, n. 2, p. 115-123, Jul-Dez 2001.

BROWN, D.W. et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. **Preventive Medicine**, n. 37, p. 520–528, 2003.

BUCHHOLZ, A. C.; MCGILLIVRAY, C. F.; PENCHARZ, P. B. Physical activity levels are low in free-living adults with chronic paraplegia. **Obes Res**. v. 11, n. 4, p. 563-570, 2003.

BULLINGER, M. Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. **Restorative Neurology and Neuroscience**, n. 20, p. 93-101, 2002.

CAMPBELL, E. Psychological well-being of participants in wheelchair sports: comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. **Perceptual and Motor Skills**, n. 81, p. 563-568, 1995.

CAMPBELL, E.; JONES, G. Psychological well-being in wheelchair sport participants and nonparticipants. **Adapted Physical Activity Quarterly**, n. 11, p. 404-415, 1994.

CARDOSO, V. D. A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 2, p. 529-539, abr./jun. 2011.

CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Rev Bras Med Esporte**. v. 2, n. 4, out/dez 1996.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Rockville, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CASTELAR, M. 2011. Disponível em: http://www.lancenet.com.br/minuto/Termo-paraolimpico-sera-usado-Brasil_0_596340500.htmlx. Acesso em: 02 ago. 2014.

CHANG, F.H.; WANG, Y.H, JANG, Y. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the International Classification of Functioning, Disability and Health Model. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 93, p. 2264-2269, december 2012.

CHUN, S. Contribution of community integration to quality of Life for Participants of community-Based Adaptive Sport Programs. **Therapeutic Recreation Journal** v. XLII, n. 4, I\l-ll6, 2008.

CIESLAK, F. et al. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Rev. Educ. Fis/UEM**, v. 23, n. 2, p. 251-260, 2012.

CIF. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: **World Health Organization**, 2001.

COCHRAN, W. **Sampling techniques**, 3 rd. New York: John Wiley e Sons, 1986.

COCQUYT, M.; SIGMUND, E. The impact of competition in physical activity and sport on the self-perception of individuals with physical disabilities. **Acta Univ. Palacki. Olomuc.**, Gymn, v. 41, n. 1 p. 43-50, 2011.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the Behavioral Sciences**. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.

COSTA, A. M., DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciênc. e Mov.** v. 10, n. 1, p. 47-54, 2002.

COSTA, A. M.; SANTOS, S. S. Participação do Brasil nos Jogos Paraolímpicos de Sydney: apresentação e análise. **Rev Bras Med Esporte**, v. 8, n. 3 - mai/jun, 2002.

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. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 27-42, maio 2004.

CPB – Comitê Paralímpico Brasileiro. Disponível em: <http://www.cpb.org.br/portfolio/atletismo/>. Acesso em: 23 mar. 2014.

CRAWFORD, A. et al. People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. **Disability and Health Journal**, n.1, p. 7-13, 2008.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, Williamsburg, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CRUZ, L. N. et al. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a southern general population sample. **Qual Life Res**, january 2011.

DIJKERS, M. Community Integration: Conceptual Issues and Measurement Approaches in Rehabilitation Research. **Top Spinal Cord Inj Rehabil**, Detroit; v. 4, n.1, p. 1–15, 1998.

DIJKSTRA, H. P. et al. Managing the health of the elite athlete: a new integrated performance health management and coaching model. **Br J Sports Med.**, v. 48, p. 523–531, 2014.

DINOMAIS, M. et al. Social Functioning and Self-Esteem in Young People with Disabilities Participating in Adapted Competitive Sport. **Neuropediatrics**, New York; v. 41, p. 49-54, 2010.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and Applications of health-related quality of life Measurement. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1383-1394, 1995.

FEKETE C.; RAUCH A. Correlates and determinants of physical activity in persons with spinal cord injury: A review using the International Classification of Functioning, Disability and Health as reference framework. **Disability and Health Journal**, Nottwil, v. 5, p. 140-150, 2012.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, abril 2000.

FRANÇA, I. S. et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref. **Rev Esc Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1364-71, 2011.

GARRATT, A. et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ**, v. 324, p. 1-5, june 2002.

GILL, D. L. et al. Physical Activity and Quality of Life. **J Prev Med Public Health**, v. 46, p. 28-34, 2013.

GILLISON, F. B. et al. The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 68, n. 9, p. 1.700-1.710, May 2009.

GONZALEZ, J. S.; SILVA, R. P. Os Jogos Paraolímpicos: o contexto histórico e atual. **Olympicstudies**, Rio Grande do Sul, p.804-814, 2007

GROFF, D. G.; LUNDBERG, N. R; ZABRISKIE, R. B. Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with cerebral palsy. **Disability and Rehabilitation**, London, v. 31, n. 4, p. 318–326, 2009.

GUYATT, G. H. et al. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life: evidence-based medicine working group. **Journal of The American Medical Association**, Chicago, v. 277, n. 15, p. 1.232-1.237, Apr. 1997.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 118, n. 8, p. 622-629, Apr. 1993.

HILL, M. R. et al. Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: A systematic review. **Spinal Cord.**, v. 48, n. 6, p. 438-450, June 2010.

HOWE, P. D; JONES, C. Classification of disabled athletes: (dis) empowering the paralympic practice community. **Adapted Phisycal Activity Quaterly**, Champaign, v. 23, p. 29-46, 2006.

HOWE, P. D. The tail is wagging the dog Body culture, classification and the Paralympic Movement. **Ethnography**, Los Angeles, v. 9, n. 4, p. 499–517, 2008.

INTERDONATO, G. C, GREGUOL, M. Qualidade de Vida Percebida por Indivíduos Fisicamente Ativos e Sedentários. **R. bras. Ci. e Mov.**, v. 18, n.1, p. 61-67, 2010.

IPC - International Paralympic Committee Athletics Classification Rules and Regulations. January 2014. Disponível em: <http://www.paralympic.org/athletics>. Acesso em: 04 abr. 2014.

JONG, R.; VANREUSEL, B.; DRIEL, R. V. Relationships between mainstream participation rates and elite sport success in disability sports. **European Journal of Adapted Physical Activity**, v. 3, n. 1, p. 18-29, 2010.

JUNIOR, D. R. A competição como fonte de estresse no esporte. **Rev. Bras. Ciênc. e Mov.** Brasília, v. 10, n. 4, p. 19-26, outubro 2002.

KIM, W. H. et al. Reliability and Validity of the Korean World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF in People With Physical Impairments. **Ann Rehabil Med**, v. 37, n. 4, p. 488-497, 2013.

KLUTHCOVSKY, A.C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2009.

LABRONICI, R. H. et al. Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 58, n. 4, p.1092-1099, 2000.

LANGLOIS, F. et al. Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. **Journals of Gerontology**, Series B, p. 1-5, 2012.

LEE, I. M.; SKERRETT P. J. Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? **Med. Sci. Sports Exerc.**, v.33, n.6, p. 459–471, 2001.

LUI, K. C.; HUI, S. C. Participation in and adherence to physical activity in people with physical disability. **Hong Kong Physiother J**, v. 27, p. 30–38, 2009.

LUNDBERG, N.; BENNETT, J.; SMITH, S. Outcomes of Adaptive Sports and Recreation Participation among Veterans Returning from Combat with Acquired Disability. **Therapeutic Recreation Journal**, v. XLV, n. 2. p. 105-120, 2011.

LUSTYK, M. K. et al. Physical Activity and Quality of Life: Assessing the Influence of Activity Frequency, Intensity, Volume, and Motives. **Behavioral Medicine**. v. 30, n.3, p. 124-132, 2004.

MACHIDA, M.; IRWIN, B.; FELTZ, D. Resilience in Competitive Athletes With Spinal Cord Injury: The Role of Sport Participation. **Qualitative Health Research**, v. 23, n.8, p. 1054–1065, june 2013.

MARQUES, R. F. et al. Esporte olímpico e paraolímpico: coincidências, divergências e especificidades numa perspectiva contemporânea. **Rev. bras. Educ. Fís.** Esporte, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 365-77, out./dez. 2009.

MARQUES, R. F.; GUTIERREZ, G.L.; ALMEIDA, M.A. Investigação sobre as configurações sociais do subcampo do esporte paralímpico no brasil: os processos de classificação de atletas. **Rev. Educ. Fis/UEM**, v. 23, n. 4, p. 515-527, 2012.

MARTIN, J. J. Psychosocial Aspects of Youth Disability Sport. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 23, p. 65-77, 2006.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, V. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro 1996.

MCCANN, C. Sports for the disabled: the evolution from rehabilitation to competitive sport. **Br J Sports Med**, Maine, v. 30, p. 279-280, 1996.

MCVEIGH, S.A.; HITZIG, S.L.; CRAVEN, B.C. Influence of sport participation on community integration and quality of life: a comparison between sport participants and non-sport participants with spinal cord injury. **J Spinal Cord Med.**, v. 32, n. 2, p. 115-124, apr. 2009.

MODOLO, V. B. et al. Dependencia de Exercicio Físico: Humor, Qualidade de Vida em Atletas Amadores e Profissionais. **Rev Bras Med Esporte**, v. 15, n. 5, set/out, 2009.

MUNHOZ, C. N.; MOTTA, I. F. A Psicoterapia Breve Operacionalizada no Tratamento de Pessoas com Deficiência Física. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 32, n. 83, p. 384-394, 2012.

NAKASHIMA, S. et al. How the number of years of sports experience and the frequency of sports activities can influence the quality of life of people with challenges. **J. human ergol.**, v.38, p. 19-26, 2009.

NEDJAT, S. et al. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 61, p. 1-7, 2008.

NOCE, F.; SIMIM, M. A; MELLO, M. T. A percepção de qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física? **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 15, n.3, p. 174-178, mai/jun. 2009.

NOERHOLM, V. et al. Quality of life in the Danish general population – normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. **Quality of Life Research**, v.13, p. 31-540, 2004.

NORDENFELT, L. Introduction (Quality of Life). **Ethical Theory and Moral Practice**, Linköping, v. 2, n. 1, p. 11-23, mar. 1999.

PAFFENBARGER, R. S. et al. Physical activity, all-cause mortality, and wngevity of college alumni. **The new England journal of medicine**, v. 6, p. 605-613, march. 1986.

PALMA, A. **Exercício Físico e Saúde; Sedentarismo e Doença:** Epidemia, Causalidade e Moralidade. Motriz, Rio Claro, v. 15, n. 1, p. 185-191, jan./mar. 2009.

PAREDES, T. et al. Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 9 , n. 1, p. 73-87, 2008.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PETER VAN DE VLIET. Paralympic athlete's health. **Br J Sports Med.** v. 46, n. 7, p. 458-9, June 2012.

PUCCI, G. C. et al. Association between physical activity and quality of life in adults. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 1-12, 2012.

RAUCH, A. et al. Participation in physical activity in persons with spinal cord injury - A comprehensive perspective and insights into gender differences. **Disability and Health Journal**, v. 6, n. 3, p. 165-76, jul. 2013.

REJESKI, W. J.; BRAWLEY, L. R.; SHUMAKER, S. A. Physical activity and health related quality of life. **Exerc Sport Sci Rev.**, v. 24, n. 71, 1996.

RIMMER, J. H. et al. Physical Activity Participation Among Persons with Disabilities. **Am J Prev Med.** v. 26, n. 5, p. 419–425, 2004.

SAMULSKI, D.; NOCE, F. Perfil psicológico de atletas paraolímpicos brasileiros. **Rev Bras Med Esporte**, v. 8, n. 4, p. 157-166 , jul/ago. 2002.

SANDØE, P. Quality of life - three competing views. **Ethical Theory and Moral Practice**, n. 2, p.11-23, 1999.

SANTOS, A. L.; SIMÕES, A. C. Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 181-192, 2012.

SCHUCH, F. B. et al. The impact of exercise on Quality of Life within exercise and depression trials: A systematic review. **Mental Health and Physical Activity**, v. 4, n. 2, p. 43-48, dec. 2011.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES TRUST. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review Criteria. **Quality of Life Research**, Dordrecht, v. 11, p. 193-205, 2002.

SCRUTON, J. Sir LUDWIG GUTTMANN: Creator of a world sports movement for the paralysed and other disabled. **Paraplegia**, v. 17, n.1, p. 52-55, may 1979.

SHEPHARD, R. J.; BALADY, G. J. Exercise as cardiovascular therapy. **Journal of the American Heart Association Circulation**, Dallas, v. 23, n. 99, p. 963-972, febr. 1999.

SILVER, J. R.; WEINER, M. F. Sir Ludwig Guttmann: his neurology research and his role in the treatment of peripheral nerve injuries, 1939–1944. **J R Coll Physicians Edinb**, Edinburgh, v. 43, p. 270-7, 2013.

SILVA, R.S. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010.

SOUZA, M. T.; CERVENY, C. M. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 40, n. 1, p. 119-126, 2006.

STAHNISCH, F. W.; TYNEDAL, D J. Sir Ludwig Guttmann (1899–1980). **J Neurol, Verlag**, v. 259, p. 1512–1514, february 2012.

STEVENS, S. L. et al. Physical Activity and Quality of Life in Adults With Spinal Cord Injury. **J Spinal Cord Med.**; v. 31, n. 4, p. 373–378, 2008.

TASIEMSKI, T. et al. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. **Neuro Rehabilitation**, v. 20, p. 253–265, 2005.

TENGLAND, P. A. The goals of health work: Quality of life, health and welfare. Medicine, **Health Care and Philosophy**, Dordrecht, v. 9, n. 2, p. 155-167, 2006.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, p. 551-558, 1998.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From The World Health Organization. **Soc. Sci. Med.** v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TORRALBA, M. Á. Los Juegos Paralímpicos de Londres 2012: los Juegos de la inclusión . **Educación Física y Deportes**. Barcelona, n.110, p. 7-10, octubre-diciembre 2012.

TWEEDY, S. M.; WILLIANS, G.; BOURKE, J. Selecting and modifying Methods of Manual Muscle Testing for classification in paralympic sport. **European Journal of Adapted Physical Activity**, v. 3, n. 2, p. 7-16, 2010.

VANLANDEWIJCK, Y. C. International Paralympic Committee position stand-background and scientific principles of classification in Paralympic Sport. **Br J Sports Med**, v. 45, p. 259–269, 2011.

VAN DER PLOEG, H. P. et al. Underlying Mechanisms of Improving Physical Activity Behavior after Rehabilitation. **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 15, p. 101–108, 2008.

VERTINSKY, P. A. Gender Relations, Women's History and Sport History: A Decade of Changing Enquiry, 1983-1993. **Journal of Sport History**, v.21, n. 1, 1994, p. 1-24

WARBURTON D. E.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**, v. 174, n. 6, p. 801-809, march 2006.

WILHITE, B.; SHANK, J. In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability. **Disability and Health Journal**, v. 2, n. 3, p. 116 -127, jul 2009.

WILLICK, S. E. et al. The epidemiology of injuries at the London 2012. Paralympic Games. **Br J Sports Med.**,v. 47, n. 7, p. 426–432, may 2013.

YAZICIOGLU, K. et al. Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. **Disability and Health Journal**, v. 5, p. 249-253, 2012.

ZABRISKIE, R. B.; LUNDBERG, N. R.; GROFF, D. G. Quality of life nad identity: The benefits of a community-based therapeutic recreation and adaptive sports program. **Therapeutic Recreation Journal**, v. 39, n. 3, p. 176-191, 2005.

ZUCHETTO, A. T; CASTRO, R. L. As contribuições das atividades físicas para a qualidade de vida dos deficientes físicos. **Revista Kinesis**, Santa Maria, n. 26, p. 52-166, maio 2002.

ANEXOS

ANEXO A - Protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 – Bloco A – Sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38408-144 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 423/11 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
062/11

Projeto Pesquisa: "Analise comparativa do efeito do esporte atletismo competitivo na qualidade de vida de adolescentes e adultos com deficiência física".

Pesquisador Responsável: Nívea de Macedo Oliveira Morales

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Entrega de Relatório Parcial: **março de 2012.**

Entrega de Relatório Final: **março de 2013.**

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 01 de julho de 2011.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

ANEXO B – Versão Brasileira do Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF)

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de Fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

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

		nunc a	alguma s vezes	Frequent e-mente	muito frequenteme nte	Semp re
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Análise Comparativa do Efeito do Esporte Atletismo Competitivo na Qualidade de Vida de Adolescentes e Adultos com Deficiência Física”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Robson da Silva Medeiros e Nívea de Macedo de Oliveira Morales.

Nesta pesquisa buscamos entender o efeito do esporte na qualidade de vida de adolescentes e adultos com deficiência física praticantes e não praticantes de Atletismo.

O termo de Responsabilidade será obtido entre as etapas dos eventos nacionais do Circuito Loterias Caixa Brasil Paralímpico de Atletismo e/ou Campeonatos abertos de atletismo Paralímpico, ou então nas Instituições que atendem deficientes na cidade de Uberlândia.

Na sua participação, você preencherá um questionário que avalia qualidade de vida e uma entrevista com informações clínicas e sociais. Esse questionário e entrevista serão aplicados somente uma vez durante todo o estudo. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, de modo que o estudo não apresentará riscos aos participantes.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. Você não terá benefício direto, mas os resultados da pesquisa poderão beneficiar os indivíduos com deficiência física e auxiliar no direcionamento de programas específicos que promovam tanto a saúde física quanto a qualidade de vida.

Você é livre para interromper sua participação a qualquer momento e por qualquer razão sem prejuízos ou coação.

Uma cópia deste Termo de Responsabilidade ficará com o pesquisador e a outra com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá entrar em contato com:

Robson da Silva Medeiros – Graduado em Educação Física pelo Universitário Federal do Triângulo. Instrutor de Musculação Praia Clube. Pça. Primo Crosara, 505, Copacabana – Uberlândia – MG. CEP: 38400-076; fone: 34-32563100.

Dra Nívea de Macedo Oliveira Morales – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720, bloco A, Campus Umuarama – Uberlândia – MG. CEP: 38400-902, fone: 34-32182389.

CEP/UFU (Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG) Av. João Naves de Ávila, 2121 - Blc A - sala 224, Campus Santa Mônica - Uberlândia – MG, CEP: 38400-089, fone: 34-3239 4131

_____, de _____ de 20 _____

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Adolescente)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Análise Comparativa do Efeito do Esporte Atletismo Competitivo na Qualidade de Vida de Adolescentes e Adultos com Deficiência Física”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Robson da Silva Medeiros e Nívea de Macedo de Oliveira Morales.

Nesta pesquisa buscamos entender o efeito do esporte na qualidade de vida de adolescentes e adultos com deficiência física praticantes e não praticantes de Atletismo.

O termo Consentimento Livre e o termo de Responsabilidade serão obtidos nas etapas dos eventos nacionais do Circuito Loterias Caixa Brasil Paralímpico de Atletismo e/ou Campeonatos abertos de atletismo Paralímpico, ou então nas Instituições que atendem deficientes na cidade de Uberlândia.

Mesmo que seus pais ou os responsáveis por você tenham assinado o Termo de Consentimento Livre, permitindo a sua participação na pesquisa, você não está obrigado a participar da mesma.

Na sua participação, você preencherá um questionário que avalia qualidade de vida e uma entrevista com informações clínicas e sociais. Esse questionário e entrevista serão aplicados somente uma vez durante todo o estudo. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada, de modo que o estudo não apresentará riscos aos participantes.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. Você não terá benefício direto, mas os resultados da pesquisa poderão beneficiar os indivíduos com deficiência física e auxiliar no direcionamento de programas específicos que promovam tanto a saúde física quanto a qualidade de vida.

Você é livre para interromper sua participação a qualquer momento e por qualquer razão sem prejuízos ou coação.

Uma cópia deste Termo de Responsabilidade ficará com o pesquisador e a outra com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá entrar em contato com:

Robson da Silva Medeiros – Graduado em Educação Física pelo Universitário Federal do Triângulo. Instrutor de Musculação Praia Clube. Pça. Primo Crosara, 505, Copacabana – Uberlândia – MG. CEP: 38400-076; fone: 34-32563100.

Dra Nívea de Macedo Oliveira Morales – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720, bloco A, Campus Umuarama – Uberlândia – MG. CEP: 38400-902, fone: 34-32182389.

CEP/UFU (Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG) Av. João Naves de Ávila, 2121 - Blc A - sala 224, Campus Santa Mônica - Uberlândia – MG, CEP: 38400-089, fone: 34-3239 4131

_____, de _____ de 20 ____

Assinatura do pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C- Termo de Responsabilidade

O adolescente pelo qual você é responsável está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Análise Comparativa do Efeito do Esporte Atletismo Competitivo na Qualidade de Vida de Adolescentes e Adultos com Deficiência Física”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Robson da Silva Medeiros e Nívea de Macedo de Oliveira Morales.

Nesta pesquisa buscamos entender o efeito do esporte na qualidade de vida de adolescentes com deficiência física praticantes e não praticantes de atletismo.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido entre as etapas dos eventos nacionais do Circuito Loterias Caixa Brasil Paralímpico de Atletismo e/ou Campeonato aberto de Atletismo Paralímpico, ou então nas Instituições que atendem deficientes na cidade de Uberlândia.

O adolescente participante da pesquisa preencherá um questionário que avalia qualidade de vida do adolescente e uma entrevista com informações clínicas e sociais. Esse questionário e entrevista serão aplicados somente uma vez durante todo o estudo. Em nenhum momento você ou o adolescente serão identificados. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim as suas identidades serão preservadas, de modo que o estudo não apresentará riscos aos participantes.

Vocês não terão nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. Vocês não terão benefício direto, mas os resultados da pesquisa poderão beneficiar os indivíduos com deficiência física e auxiliar no direcionamento de programas específicos que promovam tanto a saúde física quanto a qualidade de vida.

Você é livre para interromper a participação do adolescente a qualquer momento e por qualquer razão sem prejuízos ou coação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o pesquisador e a outra com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá entrar em contato com:

Robson da Silva Medeiros –Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário do Triângulo. Instrutor de Musculação Praia Clube. Pça. Primo Crosara, 505, Copacabana – Uberlândia – MG. CEP: 38400-076; fone: 34-32563100.

Dra Nívea de Macedo Oliveira Morales – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720, bloco A, Campus Umuarama – Uberlândia – MG. CEP: 38400-902, fone: 34-32182389.

CEP/UFU(Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG) Av. João Naves de Ávila, 2121 - Blc A - sala 224, Campus Santa Mônica - Uberlândia – MG, CEP: 38400-089, fone: 34-3239 4131

_____, de _____ de 20_____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante responsável pelo adolescente

APÊNDICE D - Questionário de Informações Clínicas e Sociais

DADOS DO PARTICIPANTE:

Idade: _____ Sexo: () masculino () feminino

Situação conjugal: () União Estável () Não União Estável

Escolaridade (anos): _____

Renda familiar: _____ (em salário mínimo).

DADOS DA MODALIDADE PRATICADA (ATLETISMO PARALÍMPICO):

NIVEL: _____

() Nacional/Internacional (Elite) () Regional/Escolar/Recreação (Participação)

() Não praticante (Sedentário) _____ Recebe bolsa
atleta: Sim () Não () Qual: _____ Clube que
representa: _____

Frequência de treino: _____ (x semana)

Tempo de prática no esporte: _____ (anos)

Número de competições: _____ (anuais)

COMO SE DEU A INICIAÇÃO ESPORTIVA:

() Indicação médica () Indicação do terapeuta () Apoio da família

() Escola () Iniciativa própria () Outras

QUAL SUA MOTIVAÇÃO PARA PRATICAR O ESPORTE:

() Família () Amigos () Treinador () Médico
() Terapeuta () Apoio Financeiro () Viagens () Outras

DEFICIÊNCIA: _____

Tipo de Deficiência: () Congênita () Adquirida

TIPO DE SEQUELA:

() Paraparético () Tetraparético () Hemiparético () Monoplégico
() Monoparético () Hemiplégico () Paraplégico () Tetraplégico
() Amputado

Outras: _____

TECNOLOGIA ASSISTIVA:

() Cadeira de rodas () Muletas () Prótese () Andador
() Bengala Canadense () Aparelho tutor () Outros

Precisa de acompanhante? () Sim () Não Para qual atividade?

Fez ou faz tratamento médico? () Não () Sim
Qual? _____

Fez ou faz tratamento psicológico? () Não () Sim
Para quê? _____

Fez ou faz Fisioterapia e ou terapia ocupacional? () Não () Sim Que tipo? _____

Fez alguma cirurgia? () Não () Sim Quantas?

Quando? _____ Qual? _____

Faz uso de medicamento? () Não () Sim
Especifique _____