

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA - UNIMEP  
FACULDADE DE CIÊNCIAS E SAÚDE - FACIS  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ROGÉRIO JOSÉ MARIA BORGES

**QUALIDADE DE VIDA E ATLETAS DE ELITE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA  
PARTICIPANTES DO CIRCUITO PARALÍMPICO BRASILEIRO DE  
ATLETISMO, NATAÇÃO E HALTEROFILISMO.**

PIRACICABA-SP  
2012

ROGÉRIO JOSÉ MARIA BORGES

**QUALIDADE DE VIDA E ATLETAS DE ELITE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA  
PARTICIPANTES DO CIRCUITO PARALÍMPICO BRASILEIRO DE  
ATLETISMO, NATAÇÃO E HALTEROFILISMO.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Educação Física da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP, como exigência para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rute Estanislava Tolocka.

PIRACICABA-SP  
2012

**BORGES, ROGÉRIO JOSÉ MARIA**

**QUALIDADE DE VIDA E ATLETAS DE ELITE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA PARTICIPANTES DO CIRCUITO PARALÍMPICO BRASILEIRO DE ATLETISMO, NATAÇÃO E HALTEROFILISMO.**

**Piracicaba, SP, 2012.**

**p. 94.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Rute Estanislava Tolocka**

**Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física - Área de concentração Movimento Humano e Saúde - UNIMEP - Universidade Metodista de Piracicaba.**

ROGÉRIO JOSÉ MARIA BORGES

**QUALIDADE DE VIDA E ATLETAS DE ELITE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA  
PARTICIPANTES DO CIRCUITO PARALÍMPICO BRASILEIRO DE  
ATLETISMO, NATAÇÃO E HALTEROFILISMO.**

Dissertação (mestrado) do Programa de Pós- Graduação em  
Educação Física - Universidade Metodista de Piracicaba;  
Área de concentração Movimento Humano e Saúde.

Data de aprovação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rute Estanislava Tolocka  
FACIS/UNIMEP (Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Idico Pellegrini  
FACIS/UNIMEP

---

Prof. Dr. Alberto Martins da Costa  
FAEFI/ UFU

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a todos aqueles  
que me apoiaram e que estiveram sempre ao meu lado.  
Para Marlene, Lucas e Pedro.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado forças nesses dois anos tão difíceis e me concedido graças sem as quais eu não conseguiria estar aqui realizando este trabalho.

À minha esposa Marlene, juntamente com os meus filhos, Lucas e Pedro, a paciência, compreensão e apoio, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

À minha mãe, a força, apoio e exemplo que dispensam comentários. Obrigado, Dona Lourdes.

Aos professores Alberto e Idico, que compuseram minha banca e que atenderam ao chamado com grande disposição e auxílio na construção deste trabalho.

Agradeço, e muito, aos meus atletas o apoio e compreensão durante esta jornada e à Diretoria da APARU o apoio dado nestes anos de trabalho.

Aos meus ex-alunos Alexandre, Amair, Ana Paula, Bruno, Fred, Jessica e Marcella que colaboraram no período da coleta de dados, muito obrigado.

Agradeço também os atletas que colaboraram com a disposição de participação nas entrevistas. Sem eles este trabalho não seria possível. E aos técnicos das equipes que muito colaboraram, são tantos que agradeço a todos.

Aos meus colegas do laboratório do Núcleo de Pesquisa do Movimento (NUPEM) que sempre me ajudaram quando precisei e pelas sugestões que vieram na hora certa.

Em especial agradeço a Lia, colega do mestrado, as contribuições e apoio durante este período.

A Rute, professora e orientadora, agradeço o apoio, a orientação e o empenho em demonstrar uma nova forma de compreender a Educação Física e as pessoas com deficiência.

## RESUMO

A Educação Física estuda o movimento humano sobre diferentes aspectos, dentre os quais a atividade física de pessoas com deficiência, fazendo com que o referido tema se torne importante quando se observa os benefícios que a prática da atividade física traz aos seus praticantes. Atualmente, são poucos os estudos sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência e, portanto, este estudo tem como o objetivo verificar a qualidade de vida das pessoas com deficiência física, relacionando-a com as condições clínicas e socioeconômicas das mesmas. Participaram deste estudo, 354 atletas, de 03 modalidades esportivas (atletismo, halterofilismo e natação), com média de idade de 30,3 anos. Os instrumentos utilizados para a pesquisa foram: questionário de condições socioeconômicas (ENEM, 2009); ficha de Condições de Saúde adaptada por Tolocka (2006), e, questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-Bref. A análise estatística foi realizada aplicando o Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral, e, a consistência interna das respostas foi obtida por meio do coeficiente alfa de Cronbach. As repostas obtidas foram consideradas válidas, dado que o coeficiente Alfa de Cronbach foi de 0,8275 para as questões referentes à qualidade de vida, sendo encontrada uma correlação positiva entre os quatro domínios sobre a percepção de qualidade de vida dos atletas. Entre os quatro domínios verificou-se que três deles (Físico, Psicológico e o Social) ficaram acima de setenta pontos de média, e apenas o domínio do meio ambiente ficou abaixo de setenta pontos. Pode-se afirmar que os dados socioeconômicos, aliados com o nível de escolaridade, podem ter colaborado com a boa percepção da qualidade de vida dos atletas. Finalmente, mesmo identificando a vulnerabilidade do domínio do meio ambiente, não só para os indivíduos com deficiência, verificou-se que os resultados da pesquisa permitiram demonstrar que os atletas possuem uma boa percepção sobre a qualidade de vida. Porém, tal vulnerabilidade indica a importância de implementação de Políticas Públicas que visem melhorar as condições de acessibilidade, moradia, opções de lazer e de atividade física para esta população que, no Censo Demográfico de 2010, corresponde a quase um quarto da população brasileira.

Palavras Chaves: Atletas, Deficiência Física, Qualidade de vida.

## ABSTRACT

The physical education studies human movement on different aspects, among which the physical activity of people with disabilities, so that this issue becomes important when you look at the benefits that physical activity brings to its practitioners. Currently, there are few studies on the quality of life of people with disabilities and, therefore, this study has as objective to verify the quality of life for people with physical disabilities, linking it to clinical conditions and socio-economic characteristics of same. Participated in this study, 354 athletes from 03 sports (athletics, weightlifting and swimming) with a mean age of 30.3 years. The instruments used for research were: socioeconomic status questionnaire (ENEM, 2009) Health Conditions form, adapted from Tolocka (2006) and life quality questionnaire of the World Health Organization, WHOQOL-Bref. Statistical analysis was performed by applying the Spearman Correlation Coefficient. The significance level was set at 0.05 in one-sided test, and the internal consistency of the responses was obtained using Cronbach's alpha coefficient. The responses obtained were considered valid, since the Cronbach's alpha coefficient was 0.8275 for matters relating to quality of life, and found a positive correlation between the four areas on the perceived quality of life for athletes. Among the four areas it was found that three of them (physical, psychological and social) were above seventy points on average, and only the domain of the environment was less than seventy points. It can be argued that the socio-economic data, coupled with the level of schooling, may have contributed to the perception of good quality of life for athletes. Finally, even identifying the vulnerability of the area of environment, not only for individuals with disabilities, it was found that the search results to demonstrate that athletes have a good perception of the life quality. However, this vulnerability indicates the importance of implementation of public policies that aims improve the accessibility, housing, options of leisure and physical activity for this population, the Census 2010, accounts for almost one quarter of the population.

Key words: Athletes, physical disability and life quality



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação à questão “como você avalia sua qualidade de vida?” .....	46
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação à questão “quão satisfeito você está com a sua saúde?” .....	47
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação à pergunta “em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?” .....	48
<b>Tabela 4</b> - A percepção dos atletas sobre qualidade de vida de forma geral por meio da avaliação dos quatro domínios relacionados no WHOQOL-BREF. ....	48
<b>Tabela 5</b> - Comparação do nível de escolaridade dos atletas com outros estudos ..	52
<b>Tabela 6</b> - Relação de Trabalho conforme a escolaridade dos atletas. ....	53
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens dos atletas, de acordo com a renda individual e Familiar .....	54
<b>Tabela 8</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação a antecedentes pessoais, etiologia da deficiência, tempo de lesão. ....	57
<b>Tabela 9</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação ao uso de tabaco, consumo de álcool e outras drogas. ....	59
<b>Tabela 10</b> - Valores de $r_s$ e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman aos escores obtidos pelos atletas nos quatro domínios do teste WHOQOL-BREF e o nível de escolaridade, renda individual e Familiar e entre os domínios. ....	63
<b>Tabela 11</b> - Característica da Amostra .....	92
<b>Tabela 12</b> - Condições de Saúde .....	93
<b>Tabela 13</b> - Distribuição de freqüências e porcentagens dos atletas, de acordo com o nível de escolaridade. ....	94

## SUMÁRIO

Introdução .....	10
Objetivos .....	12
Estrutura do Estudo .....	13
I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	14
1.1- Atividade Física, Exercício Físico e a Pessoa com Deficiência .....	14
1.1.1 - Atividade Física e o Sedentarismo .....	16
1.1.2 - Benefícios Psicológicos e Sociais da Atividade Física .....	17
1.1.3 - Atividade Física e Atividade de Vida Diária .....	20
1.1.4 - Benefícios Fisiológicos .....	22
1.2 - Qualidade de Vida .....	24
1.3 - Álcool, Tabagismo e a Pessoa com Deficiência Física .....	30
1.4 - Síntese .....	40
II - MATERIAIS E MÉTODOS .....	42
2.1 - Participantes do Estudo .....	42
2.2 - Instrumentos e Coleta de Dados .....	43
2.2.1- Questionários de Condições Socioeconômicas e Clínicas .....	43
2.2.2 - Questionário de Qualidade de Vida .....	43
2.3 - Tratamento de Dados .....	44
2.4 - Procedimentos Éticos .....	44
III - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	45
3.1 - Percepção da Qualidade de Vida de Atletas com Deficiência Física .....	45
3.2 - Características Socioeconômicas .....	51
3.3 - Condições Clínicas: Antecedentes Pessoais, Etiologia da Deficiência, Tempo de Lesão e Uso de Fármacos .....	56
3.4 - Relações da Percepção de Qualidade de Vida com as Características Socioeconômicas e com as Condições Clínicas .....	61
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	66
V - REFERÊNCIAS .....	69
Anexo A - Certificado do Conselho de Ética .....	79
Anexo B - Questionário Socioeconômico .....	80
Anexo C - Questionário WHOQOL-BREF .....	82
Apêndice A - Ficha de Condições de Saúde.....	88
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	90
Apêndice C - Termo de Autorização para Desenvolvimento da Pesquisa .....	91
Apêndice D - Caracterização da Amostra .....	92
Apêndice E - Condições Clínicas .....	93
Apêndice F - Escolaridade .....	94

## INTRODUÇÃO

A Educação Física estuda o movimento humano sobre diferentes aspectos, dentre os quais a atividade física para as pessoas com deficiência. A parcela da população brasileira com esta característica, conforme o Censo Demográfico do IBGE de 2010, corresponde a quase um quarto do total, constituindo-se em mais de 45 milhões de pessoas com deficiência (23,92%). Cabe ressaltar que, na última década, a população com deficiência no Brasil saltou de 14,50% da população total, em 2000, para 23,92% em 2010 e, desta população, mais 13 milhões (29,09%) são pessoas com deficiência física (IBGE, 2010).

Atualmente existem vários estudos sobre os benefícios que a de atividade física pode proporcionar às pessoas com deficiência. Estes estudos mostraram que a atividade física pode proporcionar melhoras nos aspectos fisiológicos (TOLOCKA e DE MARCO, 1996; BARROS NETO et al., 2001; SLATER e MEADE, 2004; FERREIRA e CAMPOS, 2006; DEVILLARD et al., 2007), psicológicos (MURAKI et al., 2000; SLATER e MEADE, 2004; FERREIRA e CAMPOS, 2006; SPORNER et al., 2009; MCVEIGH et al. 2009), e sociais (TOLOCKA, 2006; FERREIRA e CAMPOS, 2006; SPORNER et al., 2009; NOCE et al., 2009).

Segundo Bampi et al. (2008), a prática da atividade física vem sendo relacionada com a qualidade de vida e, corroborando, Aragão (2002) afirma que a mesma pode contribuir preventivamente no campo da saúde e também proporcionar melhoras nas Atividades de Vida Diária (AVD) levando seus benefícios na direção do bem estar físico-emocional e social, proporcionando autonomia em AVDs ao mesmo tempo em que pode gerar saúde e qualidade de vida.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a qualidade de vida é definida como

a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (FLECK, 2000, p.3; ARAGÃO, 2002, p. 4; SEIDL, 2004, p. 4; BAMPI, et al., 2008, p. 3).

Seidl (2004) destaca que, atualmente, diversas áreas do conhecimento estão se interessando pelo tema Qualidade de Vida, principalmente a área da saúde, e que, muitas vezes, o referido tema vem sendo confundido com estado de saúde do indivíduo. Portanto, alguns pesquisadores alertam que os termos qualidade de vida e estado de saúde aparecem na literatura, quase como sinônimos. A qualidade de vida é um termo que representa uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana, sendo o fator central que determina a sensação subjetiva de bem estar (ASSUMPÇÃO JR, 2000).

Para Bampi et al. (2008), no Brasil, a qualidade de vida tem sido pesquisada, especialmente, em condições crônicas de saúde-doença e como adjuvante na análise de intervenções terapêuticas.

Para Pieron (2004), a atividade física regular contribui para a qualidade de vida, podendo considerar a hipótese segundo a qual os que praticam esporte têm uma melhor percepção de três características previstas na qualidade de vida: saúde, capacidades esportivas e aspectos físicos das pessoas que não praticam. Neste mesmo sentido, Parreiras (2008) afirma que a atividade física para o desenvolvimento físico e mental dos indivíduos contribui para a obtenção e manutenção da saúde, bem como proporciona uma melhora significativa na qualidade de vida dos praticantes.

De acordo com Noce et al. (2009), vários autores afirmam que a prática regular de atividade física gera uma série de benefícios à pessoa com deficiência, que vão além da esfera física. A qualidade de vida diz respeito ao grau de satisfação de um indivíduo com os múltiplos aspectos da sua vida. Ainda conforme o autor, pouco se tem estudado a respeito da qualidade de vida e dos fatores associados nessa população, o que evidencia ainda mais a importância de estudos sobre este assunto.

O uso de tabaco e o consumo de álcool podem estar diretamente relacionados com a qualidade de vida dos indivíduos. Conforme Castro et al. (2007), a qualidade de vida é uma área importante a ser estudada e a constatação de sua associação com o tabagismo pode ser um caminho para sensibilizar os dependentes dessa substância a interromperem esse consumo,

pois a continuidade desse uso poderá acarretar a diminuição da capacidade funcional e, com isto, influenciar a qualidade de vida.

Sobre o consumo de álcool, Lima (2002) afirma que a dependência é altamente prevalente em nosso meio, provocando importantes prejuízos em diversas áreas da vida do sujeito, especialmente na qualidade de vida. O consumo de bebidas alcoólicas e o uso tabaco são aqueles que mais produzem danos à saúde e ao bem estar, sendo mais grave do ponto de vista da saúde pública.

Os danos à saúde e ao bem-estar causado pelo consumo prejudicial de bebidas alcoólicas incluem: a) agravos à saúde física; b) agravos à saúde mental; c) problemas no relacionamento familiar, interpessoal e social; d) problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); e) acidentes de trânsito; f) acidentes domésticos e outros acidentes; g) situações de violência doméstica e outras, onde o álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador; h) situações de conflito com a lei. (BRASIL, 2004, p.135)

No entanto, Noce et al. (2009) afirmam que estudos sobre a influência do uso de álcool e tabaco em atletas com deficiência física e também sobre a qualidade de vida dos mesmos ainda são incipientes.

Assim, entende-se que estudos sobre qualidade de vida são importantes na medida em que podem contribuir com a implantação de políticas públicas de infra-estrutura, atividade física e saúde para o público em geral.

## **Objetivos**

### Objetivo geral

- Verificar a qualidade de vida de pessoas com deficiência física, relacionando-a com condições clínicas e socioeconômicas dos atletas.

### Objetivos específicos

- Verificar a percepção da qualidade de vida dos atletas com deficiência física;

- Identificar as suas características socioeconômicas;
- Averiguar as condições clínicas: antecedentes pessoais, etiologia da deficiência, tempo de lesão e uso de fármacos;

### **Estrutura do Estudo**

Este estudo foi estruturado da seguinte forma: no capítulo um será apresentada uma revisão bibliográfica sobre o tema proposto, enfocando os estudos realizados sobre a atividade física e a pessoa com deficiência física, qualidade de vida, o uso de tabaco e o consumo álcool. No capítulo dois será apresentada a proposta metodológica para realização do referido estudo e, no capítulo três, o propósito será apresentar resultados e discussão; seguindo-se as considerações finais.

## I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A prática de atividade física com a pessoa com deficiência tem a cada ano ganhado novos adeptos devido aos benefícios que a referida prática traz aos seus praticantes. De acordo com Balcon (2003), a prática de atividade física com pessoas com deficiência não tem como finalidade apenas evitar doenças e prolongar a vida, mas também permitir que cada indivíduo possa maximizar seu desenvolvimento físico, mental, social, potencial emocional e espiritual.

Nesse sentido, esta seção dedica-se a fazer uma revisão bibliográfica sobre o tema, buscando entender os benefícios que a atividade física proporciona à pessoa com deficiência e correlacionar os mesmos com a qualidade de vida.

### 1.1 - Atividade Física, Exercício Físico e a Pessoa com Deficiência

A prática de atividade física tem sido relacionada com a qualidade de vida em diversos estudos, buscando demonstrar os seus benefícios e a sua contribuição para a aquisição de hábitos mais saudáveis.

Em relação ao termo atividade física encontra-se algumas definições e, dentre elas, pode-se afirmar que

a atividade física é definida como qualquer movimento corporal decorrente de contração muscular, com dispêndio energético acima do repouso que, em última análise, permite o aumento da força física, flexibilidade do corpo e maior resistência, com mudanças, seja no campo da composição corporal ou de performance desportiva (RAMOS, 1999).

Caspersen et al. (1985) define a atividade física como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético, podendo ser categorizada em uma variedade de maneiras, das quais a mais simples identifica a atividade física que ocorre quando se dorme, no trabalho e no lazer.

Segundo Barbante (2011), a definição proposta pelo Conselho de Educação do Presidente dos Estados Unidos da América, conceitua a atividade física como: “O movimento corporal produzido pela contração dos músculos

esqueléticos que substancialmente aumenta o gasto energético sobre o nível básico”.

Embora para Barbante (2011) a definição de atividade física compreenda o exercício físico, o esporte, a dança, jogos, atividades diárias e as tarefas ocupacionais, os estudos realizados na área diferenciam atividades de vida diária de programas de exercícios. Entre as definições de exercício físico encontra-se a aquela dada por Caspersen et al (1985) em que o exercício físico é visto como sendo um subconjunto de atividade física que é planejada, estruturada e tem como objetivo melhorar ou a manutenção da aptidão física, que pode ser para a saúde ou para alguma competência esportiva.

O exercício físico é qualquer atividade física que mantém ou aumenta a aptidão física em geral, e tem o objetivo de alcançar a saúde e também a recreação (ARAÚJO, 2010).

Atualmente, muitas pessoas buscam os benefícios que a prática da atividade física proporciona como, por exemplo, efeitos positivos em relação ao bem estar e a necessidade de uma vida mais saudável. Segundo Koslowsky (2004), em seu artigo de revisão, além de todos os benefícios da prática do exercício físico, o corpo com o físico saudável reforça a auto-estima do indivíduo, relacionando-a com a sua imagem corporal, e também cria em si mesmo uma sensação de estar vivendo um estilo de vida saudável, resultado de uma maior autonomia física e uma funcionalidade motriz satisfatória. Afirma ainda o autor que tudo isso pode influenciar positivamente em aspectos psicológicos, principalmente depois que o indivíduo passa a viver dependente de uma cadeira, órtese ou prótese ou mesmo tendo sua capacidade de se locomover limitada.

Segundo Brazuma (2001), o indivíduo com deficiência é encorajado a engajar-se em atividades com o exercício físico por causa das necessidades terapêuticas, trazendo conseqüências sociais positivas para os indivíduos que as praticam.

Porém, atualmente, a prática da atividade física para as pessoas com deficiência é considerada muito mais que uma terapia, ou seja, entende-se que essa prática pode ser um meio de exposição capaz de levar essas pessoas a



superar as suas próprias limitações motoras, ao mesmo tempo em que contribui para tornar as pessoas mais ativas e com uma vida mais saudável.

Araújo (2000) afirma que as mudanças positivas tendem a acontecer quando os indivíduos passam a adotar um estilo de vida mais ativo fisicamente ou quando praticam a atividade física regularmente. Neste mesmo sentido, Balcon (2003) considera que a prática da atividade física por pessoas com deficiência não tem como finalidade apenas evitar doenças e prolongar a vida, mas também permitir que cada indivíduo possa maximizar seu desenvolvimento físico, mental, social, potencial emocional e espiritual.

Entende-se que a atividade física vem ganhando novos adeptos devido aos benefícios proporcionados pela mesma como: evitar o sedentarismo, os efeitos psicológicos e sociais, ganhos nos aspectos fisiológicos e melhora nas atividades de vida diária e também em relação à qualidade de vida que a mesma vem proporcionando às pessoas com deficiência.

#### 1.1.1. Atividade Física e o Sedentarismo.

Com os avanços tecnológicos e as facilidades que estes proporcionam aos indivíduos, contribuindo para se tornarem sedentários, torna-se necessário uma orientação sobre os problemas ocasionados pelo sedentarismo, buscando conscientizar sobre os benefícios da prática da atividade física para prevenir dos efeitos do sedentarismo.

O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física (BARROS NETO, 2012). O sedentarismo é cada vez mais frequente no cotidiano de adultos, adolescentes e crianças, de ambos os gêneros e diferentes faixas etárias (MILBRADT, 2009).

Segundo Matsudo (2002), a inatividade física (sedentarismo) é um fator de risco para a obtenção de doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população como um todo. Conforme Pitanga (2002), a partir da era epidemiológica das doenças crônico-degenerativas surgem diversos estudos epidemiológicos relacionando a atividade física como meio de promoção da saúde. O autor afirma que, nas últimas três décadas, numerosos trabalhos vêm

demonstrando que a prática de atividade física ou aptidão física estão associadas à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão e osteoporose e, conseqüentemente, tais doenças são mais evidenciadas nas pessoas que não têm o hábito de ter uma atividade física regular.

Ferreira e Campos (2006) em seu trabalho de revisão sobre principais benefícios do exercício e da prática desportiva regular em grupos com necessidades especiais, afirmam que a prática regular de atividade física tem um significado ainda maior quando está associada a aspectos relacionados com a melhoria da saúde e da qualidade de vida em grupos com necessidades especiais, sejam estas de natureza sensorial, intelectual ou física, devido a sua tendência de ser inativo. Nesse sentido, Kehn e Kroll (2009) verificam que a prática de atividade física deve ser uma meta essencial para o poder público, principalmente para as pessoas com deficiência física, diante do fato de que os mesmos são mais propensos a viver uma vida mais sedentária.

Segundo Silva (2009), em seu trabalho sobre as neuropatologias das diversas categorias da deficiência, afirma-se que uma série de sequelas decorrentes da lesão pode ser amenizada ou superada com a prática de atividade física regular, melhorando a composição corporal, a capacidade motora, a flexibilidade, ganho de força e da resistência respiratória. Portanto, desenvolver um programa de atividade física deve ser compatível com as principais necessidades e anseios do indivíduo, tendo como objetivo a independência do indivíduo, a saúde e a qualidade de vida.

#### 1.1.2. - Benefícios Psicológicos e Sociais da Atividade Física.

Coyle e Santiago (1995), ao realizarem estudos com o objetivo de avaliar o efeito da atividade física na saúde psicológica de indivíduos adultos com deficiência física em um grupo de 47 indivíduos que participaram de 12 semanas de exercício aeróbio em uma intensidade média de 73% da frequência máxima, concluíram que a prática da atividade física contribuiu para diminuir os sintomas depressivos e esta redução pode ser o resultado de mecanismos fisiológicos e/ou comportamentais, associados à prática da atividade física.

Já no estudo de Muraki et al. (2000) buscou-se identificar a existência de benefícios psicológicos nas pessoas com deficiência que participavam de atividade esportiva. Este estudo foi desenvolvido com 169 pessoas com lesão medular que participavam de atividade esportiva como basquetebol, tênis e corrida em cadeira de rodas e, portanto, concluíram que a prática de atividade esportiva pode melhorar o estado psicológico destas pessoas. Nesse sentido, Hicks et al. (2003), em seu trabalho também com pessoas com lesão medular, avaliados por meio de repetição máxima de 1RM de força em seu desempenho de ergometria de braço durante 9 meses, concluíram que a atividade física para essa população é viável pelo fato de resultar em ganhos significativos, tanto físicos como de bem-estar psicológico. Corroborando, McVeigh et al. (2009) afirmam que há um crescente interesse das pessoas com deficiência em participar de atividades esportivas na busca do bem-estar psicológico, que é definido por construções de humor, ansiedade-traço, auto-estima e autocontrole, de acordo com estas construções que foram validadas em diversos estudos de (ROTH e HOLMES, 1987; ZUCHETO E CASTRO (2002); SLATER E MEADE (2004); TASIEMSKI et al., 2005).

De acordo Silva et al. (2005), o esporte tem um papel importante para as pessoas com deficiência pois amplia as alternativas terapêuticas e amplia a capacidade funcional dos mesmos. Nesse estudo foi desenvolvido um programa de aulas de natação com as pessoas com deficiência física, sendo que as pessoas foram divididas em dois grupos, um experimental e um controle, avaliados por meio da medida de independência funcional (escala FIM) antes e depois da aplicação das aulas de natação. Após o experimento os autores concluíram que o grupo experimental teve melhora na condição física, nas habilidades motoras e funcionais e observaram também melhoras nos aspectos psicológicos e sociais.

Nessa perspectiva, Ferreira e Campos (2006) afirmam que a existência de uma multidimensionalidade de efeitos positivos que conferem à atividade física um papel fundamental na relação existente entre as dimensões física, psicológica e de integração social funcionam como importante instrumento de

desenvolvimento e de consolidação de capacidades, competências e de relações tanto no contexto desportivo como no contexto social, profissional e educacional.

Para Sporner et al. (2009), ao realizarem um estudo com objetivo de determinar como a participação em eventos esportivos impacta na vida de indivíduos com deficiência, concluíram que, após terem iniciado a prática esportiva, a vida dessas pessoas melhoraram, pois mostraram-se ser mais ágeis e o contato com outras pessoas proporcionou benefícios psicossociais. Corroborando, Noce et al. (2009) também afirma que o esporte pode impactar de forma positiva nas relações de trabalho, na vida afetiva e social.

A prática da atividade física também traz benefícios nos aspectos de integração social, na aceitação da deficiência e na diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão, decorrentes da própria lesão e da aceitação da mesma. De acordo Bagnara (2010), há uma compensação ou regeneração de distúrbios de ordem psíquica, por sensações de bem estar e pelo combate à depressão, melhora da motivação, da autonomia e auto-estima.

De acordo com Cardoso (2010), em estudo realizado com o propósito de identificar a motivação para a prática de esporte com pessoas com deficiência, concluiu que a prática de atividade física contribuiu na integração, na socialização e na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida desses indivíduos. Participaram desse estudo oito praticantes de handebol em cadeira de rodas, sendo utilizado o instrumento de avaliação da motivação “O inventario de motivação à prática regular de atividade física – IMPRAF – 54.

Conforme Tolocka (2006), o esporte adaptado demonstra que a prática motora pode contribuir para a recuperação dos aspectos neurofuncionais e também na reintegração social de pessoas com deficiência, sendo também visto como um meio de recuperar a dignidade e redução dos custos hospitalares e de reabilitação, contribuindo na diminuição do ciclo debilitativo. Sendo assim, as atividades esportivas, além proporcionarem a reabilitação social, são um meio de mostrar que as pessoas com deficiência, mesmo com suas limitações, podem realizar grandes feitos no esporte como na sua vida. Ao mesmo tempo, a autora afirma que, além do acesso às atividades esportivas, é necessário abrir uma

discussão sobre a condição humana e buscar valores que permitam o convívio social igualitário.

### 1.1.3. Atividade Física e Atividade de Vida Diária

Após a deficiência, o retorno das pessoas à prática de qualquer tipo de atividade física, segundo Coyle et al. (2000), pode trazer a essas pessoas uma certa liberdade, aprimorar o seu condicionamento físico, importante para que os mesmos possam melhorar o seu desempenho nas suas atividades cotidianas. Portanto, o fato das pessoas com deficiência não se exercitarem pode acarretar problemas secundários como a falta de mobilidade e descondicionamento físico, influenciando o estado de saúde e a qualidade de vida.

Segundo Zuchetto e Castro (2002), é possível identificar que as pessoas com deficiência que praticam atividade física regularmente têm um melhor aproveitamento da sua capacidade funcional, o que permite que os mesmos tenham maior mobilidade nas atividades de vida diária e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Os autores afirmam que, ao contrário, a inatividade física pode reduzir a mobilidade e, portanto, levar ao aumento do peso corporal e a diminuição da disposição para realizar as tarefas da vida diária. Nesse mesmo sentido, Balcon (2003), afirma que, independente se são pessoas com deficiência ou não, os mesmos esperam que a prática regular de atividade física possa contribuir com a capacidade de melhorar sua saúde e potencial pessoal.

Ainda conforme Balcon (2003) a atividade física regular pode contribuir com as pessoas com deficiência física no sentido de melhorar a sua força muscular e resistência, dar sensação de bem-estar e elevar a qualidade de vida quando a mesma melhora a sua capacidade de desempenhar as atividades cotidianas (ADMIX, 2010). A atividade física, por meio do esporte, tem um papel fundamental na reabilitação física de pacientes com lesão medular na medida em que pode ampliar as alternativas terapêuticas e favorecer a independência funcional.

De acordo com Silva et al. (2005), a prática esportiva, como a natação para a pessoa com deficiência, pode trazer uma efetiva melhora da condição física do

indivíduo, trazendo benefícios motores com a aplicação direta e objetiva sobre as habilidades funcionais, repercutindo diretamente sobre a independência em suas atividades de vida diária. Para Ferreira e Campos (2006) os indivíduos com deficiência que praticam atividade física apresentam melhoria da condição física, da funcionalidade e da independência, com efeitos diretos ao nível da realização de habilidades locomotoras, desportivas ou associadas a atividades da vida diária.

Ferreira e Campos (2006) destacam que a atividade com exercícios aeróbicos podem desempenhar um papel fundamental em termos de manutenção da saúde e do bem estar das pessoas. No caso específico dos indivíduos com deficiência, os benefícios do treino aeróbio são ainda mais profundos e o mesmo vem desempenhando um papel importante na independência do indivíduo, na manutenção ou na melhoria da sua capacidade funcional e do nível de mobilidade. Corroborando, Devillard (2007) afirma que o programa de condicionamento físico tem um impacto direto na melhora da aptidão física e na qualidade de vida, proporcionando um melhor desempenho nas atividades de vida diária dos indivíduos com deficiência.

Segundo Devillard et al. (2007), quando da realização de um estudo de revisão da literatura sobre a eficiência de programas de treinamento de endurance em pessoas com lesão medular, para determinar os diferentes tipos de adaptação e benefícios que este pode proporcionar a essas pessoas, afirmam que foram encontrados 65 artigos relacionados com a prática de programas de treinamento com os efeitos fisiológicos e psicológicos. Diante disso, concluíram que as diversas formas de programas de treinamento têm impacto direto nas atividades de vida diária e na qualidade de vida das pessoas com lesão medular.

Furmaniuk et al. (2010), em um estudo com atletas de Rúgbi em cadeira de rodas participantes de treinamento regular e que utilizaram um teste de habilidade para avaliar suas alterações funcionais, concluíram que a participação desses atletas no esporte regularmente pode preservar e ampliar as habilidades funcionais e ter uma melhora na precisão, na simetria e na sincronização de padrões motores. Os autores afirmam ainda que as pessoas com deficiência que possuíam melhores habilidades funcionais estavam mais dispostas a participarem

do treinamento físico, enquanto que as pessoas com menos habilidades preferiam os programas de reabilitação tradicional.

#### 1.1.4. Benefícios Fisiológicos

Conforme estudo de revisão feita por Tolocka e De Marco (1996), a ausência de exercício físico nos membros afetados conduz a mudanças na composição corporal como, por exemplo, redução do conteúdo de mineral ósseo, da massa muscular esquelética e da água corporal, aliado ao aumento da gordura corporal.

O corpo humano, quando privado de uma atividade física, sofre diversas mudanças fisiológicas e bioquímicas que contribuem para o ganho de massa corporal e maiores complicações na sua saúde ao longo do tempo. Durante o exercício físico ocorrem ajustes cardiovasculares para que possa haver um aumento de fluxo sanguíneo aos territórios musculares em atividade, em função da demanda metabólica local e o aumento no consumo de oxigênio (BARROS NETO, 2001).

Para Matsudo et al. (2002), os efeitos benéficos da prática de exercício físico incluem o controle e a diminuição da gordura corporal; manutenção ou incremento da massa muscular, força muscular, densidade óssea, fortalecimento do tecido conjuntivo; melhora da flexibilidade e aumento do volume de sangue circulante, da resistência física, da ventilação pulmonar; diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáxima e da pressão arterial; melhora nos níveis de HDL, diminuição de triglicérides, do colesterol total e do LDL e dos níveis de glicose. Também se verifica a diminuição do risco de doença cardiovascular, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose e obesidade.

Slater e Meade (2004), em seu artigo de revisão, afirmam que a pessoa com deficiência que mantém uma atividade física regular identifica os benefícios não apenas em sua saúde física e emocional, mas percebem ganhos em sua funcionalidade geral, dado que a referida prática também oferece inúmeros benefícios fisiológicos, para os autores esses benefícios são subestudados.

Segundo Ferreira e Campos (2006), a prática regular de exercício físico provoca, no organismo humano, um conjunto de alterações fisiológicas mais específicas, as quais se traduzem em uma melhoria do transporte e consumo de oxigênio e da função muscular e da flexibilidade articular. Os autores afirmam ainda que os benefícios fisiológicos da prática regular de atividade física estão associados à manutenção da saúde ósteo-articular, músculo-esquelético e cardiovascular, adquirindo maior exposição e divulgação, pois estão presentes também nos programas tradicionais de reabilitação para aqueles que usufruem de um apoio incondicional da classe médica e no contexto da reabilitação clínica.

Em estudo de revisão sobre a eficiência dos programas de atividade física para as pessoas com lesão medular, realizado por Devillard et al. (2007), observou-se que o recondicionamento físico da pessoa com deficiência física aumenta a sua resistência física, inverte a resistência vascular dos membros paralisados e tem possíveis adaptações cardíacas e neurais. Esse recondicionamento também pode modificar o perfil lipídico, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares, propiciando uma prevenção da osteoporose e aumento da força muscular..

Noce et al. (2009) buscaram verificar a percepção da qualidade de vida de pessoas com deficiência física praticantes de atividade física e sedentários. Para tanto, utilizaram como instrumento de investigação um questionário de dados demográficos composto por dez questões, cuja finalidade era a identificação do perfil da amostra. As questões abordavam aspectos relativos aos dados pessoais e à atividade física. Assim, concluíram que os deficientes físicos sedentários deveriam ser estimulados a participar de um programa de atividade física regular, tendo em vista a importância que essa prática tem para a saúde das pessoas na medida em que ela reduz a possibilidade direta dos riscos do desenvolvimento precoce das doenças crônico-degenerativas e de mortalidade.

Conforme afirma Costa (2009), na atualidade, embora exista um grande apelo sobre os benefícios da prática de atividade física regular para saúde nota-se que, aparentemente, tal informação não é capaz de assegurar que as pessoas vão aderir a este hábito sistematicamente.



Fox et al. apud Noce et al. (2009) destacam a influência da atividade física no desenvolvimento biopsicossocial, possibilitando a melhora da saúde e qualidade de vida do praticante.

Nessa perspectiva, Ferreira e Campos (2006) identificam um conjunto de benefícios associados à prática de atividade física regular em indivíduos com deficiência, os quais poderão ser equacionados em três níveis distintos: fisiológico, psicológico e sociológico, refletindo conseqüentemente, na qualidade de vida desses indivíduos.

## **1.2- Qualidade de Vida**

Conforme Barros et al. (2008), a qualidade de vida tem sido alvo de interesse nas áreas de ciências da saúde e sociais e, embora haja diferentes definições, existe a concordância entre alguns pesquisadores de que se trata de um conceito multidimensional que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida.

O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, sob a coordenação de John Orley, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994 apud FLECK et al., 1999, p. 2).

O conceito de qualidade de vida está relacionado com a auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA et al., 2005).

De acordo com Fleck et al. (1999), Minayo (2000), Vecchia et al. (2005) e Barros et al. (2008), o conceito de qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, de desejos e de expectativas. Fleck et al. (1999), afirma que nas comparações com um grupo de referência é importante que o indivíduo entenda,

avaliar e se informe a respeito dos impactos de seus valores que julgue interferir no seu bem estar como um todo, por exemplo, a sua compreensão sobre a mobilidade, descanso, estado de saúde, o comportamento emocional e espiritual, seus relacionamentos sociais e familiares, trabalho, atividade física, satisfação sexual, alimentação e suas atividades de vida diária (AVD) e as atividades intensas de vida diária (AIVD).

Para o estudo da qualidade de vida é importante analisar as diversas variáveis que podem interferir e influenciar sobre a percepção a respeito da qualidade de vida de um indivíduo, como: condições socioeconômicas, hábitos de vida, atividade física e o seu estilo de vida. Essas variáveis são importantes porque podem contribuir para facilitar o acesso aos bens de serviços, transporte, saúde, moradia e na sua participação na comunidade.

A qualidade de vida tem sido mais estudada nos últimos anos, inclusive no Brasil, e, apesar de ser complexo, trata-se de tema atual e muito relevante, principalmente quando está relacionada à promoção da saúde (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2007). A mesma é avaliada por questionários compostos por um determinado número de itens ou questões que são agrupados por afinidade e mensuram indiretamente um mesmo construto, domínio ou dimensão. O domínio se refere à área do comportamento ou experiência que se deseja medir. Os domínios, em geral, são o físico, o psicológico ou emocional, o social e o ambiental (SANTOS et al. 2008).

Para compreendermos como é a influência dos domínios sobre o estudo da qualidade de vida é importante conhecer os aspectos pontuais de cada domínio e buscar interpretá-los. O domínio físico envolve a dor e o desconforto, a energia e a fadiga, o sono e o repouso, a atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e a capacidade de trabalho. O domínio psicológico envolve sentimentos positivos, aprendizado, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. O domínio social envolve as relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual: e o domínio do meio ambiente inclui segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de

adquirir novas informações e habilidades, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima e transporte (FLECK, 2000).

Portanto, a análise da qualidade de vida é considerada importante nas diversas áreas do conhecimento e, nesse sentido, Zuchetto e Castro (2002) afirmam ter grande relevância, nos últimos anos, os estudos sobre qualidade de vida devido ao aumento da expectativa de vida das pessoas, podendo subsidiar a implementação de políticas públicas. Neste mesmo sentido, Bampi et al. (2008) destacam que, nas últimas décadas, o construto qualidade de vida passou a ser estudado em diversas áreas do conhecimento humano. Conceitos, metodologias de pesquisa e motivos para medir qualidade de vida passaram a ser temas de interesse de médicos, psicólogos, cientistas sociais e filósofos, entre outros.

Hoje existem vários instrumentos que buscam investigar a percepção de qualidade de vida dos indivíduos. A escolha do instrumento vai depender das características da população a ser investigada.

Silva (2004) afirma que, apesar das inúmeras pesquisas que buscam investigar a influência do exercício físico na qualidade de vida dos indivíduos, poucos são os estudos que verificam a qualidade de vida dos indivíduos com deficiência física. De acordo com Noce et al. (2009) seria necessário verificar alguns fatores que podem interferir na qualidade de vida e, por isso, é importante a realização de estudos específicos com as pessoas com deficiência, sobre as condições que permitem boa qualidade de vida, bem como a criação de alternativas de intervenção que visem o seu bem-estar biopsicossocial.

Portanto, a cada dia as investigações sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência vêm aumentando, com praticantes ou não de atividades físicas, buscando levantar as variáveis que interferem ou podem interferir na percepção da qualidade de vida dessas pessoas.

Stevens et al. (2008) desenvolveram um estudo com 32 homens e 30 mulheres com lesão completa e incompleta na medula, utilizando o instrumento de qualidade de bem-estar (QWB). Os resultados deste estudo mostraram uma relação significativa e positiva entre a prática da atividade física como caminhadas, esportes e atividades de lazer com a qualidade de vida nos

indivíduos pesquisados, sugerindo que a atividade física pode ser eficaz na melhoria da qualidade de vida dessa população.

No estudo realizado por McVeigh et al. (2009) observa-se que os entrevistados foram pessoas com lesão medular abaixo da C5, com idade entre 16 a 51 anos, tendo um total de 90 entrevistados residentes em Toronto, Canadá, em entrevistas realizadas por telefone. O objetivo do estudo era buscar dados sobre as condições socioeconômicas, estado de saúde e participações em atividade esportiva; sobre a influência da participação na modalidade de basquetebol em cadeira de rodas na integração da comunidade e na qualidade de vida com pessoas com deficiência. Os autores constataram que a maior participação em esportes facilita a conscientização da pessoa com deficiência a praticar atividades esportivas, ao mesmo tempo em que há uma integração com a comunidade e melhora da qualidade de vida.

Anneken et al. (2010) realizaram um estudo com 277 indivíduos com lesão medular da C5 para baixo, com idade entre 16 a 65 anos, e os dados foram obtidos por meio de questionários sobre a sua dependência da cadeira de rodas e seu cotidiano, tendo como objetivo investigar a influência do exercício físico na qualidade de vida desses indivíduos. Os autores identificaram que a prática do exercício físico exercia forte influência na qualidade de vida dos entrevistados, principalmente nos domínios físicos e psicológicos. Assim, os autores afirmam que os exercícios físicos, além de propiciarem melhorias nas capacidades físicas e coordenativas, contribuindo na mobilidade e independência, também proporcionavam uma interação com outros indivíduos com lesão e sem lesão.

Pilutti et al. (2011), durante 12 semanas, desenvolveram um estudo com pessoas com esclerose múltipla, com o objetivo de examinar os efeitos do treinamento em esteira sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida desses indivíduos. Utilizaram os seguintes protocolos para medir a capacidade funcional: o EDSS, que se baseia em medições de oito áreas do sistema nervoso central conhecido como sistemas funcionais; o MSQOL-54, que é um instrumento que verifica a qualidade de vida e fadiga e, finalmente, o MSFC para medir a capacidade funcional dos indivíduos com esclerose múltipla. A partir disso, os

autores concluíram que houve benefícios sobre a qualidade de vida e uma redução na fadiga quando os mesmos estavam em treinamento.

Costa e Duarte (2002) utilizaram o instrumento SF-36 para verificar as possíveis alterações nos parâmetros de qualidade geral de vida das pessoas com seqüelas de AVC após a realização de um programa regular de atividade física. Concluíram que a atividade física regular, além dos benefícios fisiológicos no sentido de prevenir um novo acidente vascular cerebral, também influenciou positivamente no aspecto emocional, proporcionando aquelas pessoas maior autoconfiança, autonomia e independência.

Dentro dessa perspectiva, em estudos sobre a qualidade de vida com as pessoas com deficiência, Vall et al. (2006) buscaram avaliar a qualidade de vida da pessoa com lesão medular e a sua reinserção à sociedade, utilizando o questionário SF-36. Eles analisaram 32 pessoas com lesão medular completa, de ambos os sexos acima de 18 anos, residentes em Fortaleza, Ceará, e que já tinham terminado o processo de reabilitação. O questionário SF-36 foi aplicado oralmente e o tratamento dos dados seguiu as orientações contidas no SF-36® - Health Survey Manual, buscando avaliar o contexto da qualidade de vida no quesito “reinserção da pessoa com lesão medular à sociedade”. Para os autores, a qualidade de vida das pessoas com lesão medular traumática é comprometida devido ao fato de as modificações provocadas pela lesão ainda não poderem ser revertidas pelos recursos científicos atuais, eles afirmam também que deveria haver um maior envolvimento dos pesquisadores e da sociedade, no tema proposto, com o objetivo de planejar ações que visem a melhora da qualidade de vida das pessoas com deficiência. Diante disso, constataram que a reinserção social é um dos fatores mais preocupantes dentro dos domínios da qualidade de vida.

Bampi et al. (2008), realizaram um estudo descritivo com pessoas com lesão medular traumática, no momento de sua admissão no programa de reabilitação do Hospital Sarah Brasília, com o objetivo de verificar a percepção da qualidade de vida dos mesmos, utilizando o instrumento WHOQOL-BREF para avaliar a percepção de qualidade de vida. Este instrumento permitiu conhecer a percepção da qualidade de vida de pessoas com lesão medular, evidenciando

que os domínios ligados ao meio ambiente e à saúde física obtiveram os piores scores de avaliação, podendo tal resultado estar relacionado ao fato de a lesão medular causar alterações físicas com as quais a pessoa tem que aprender a viver.

Além disso, é necessário também citar o estudo realizado por Parreiras (2008), que utilizou o WHOQOL-BREF para identificar e analisar a percepção da qualidade de vida de atletas paralímpicos com experiência internacional, praticantes de modalidades individuais e coletivas. O mesmo concluiu que não houve diferenças significativas entre a percepção da qualidade de vida entre os atletas com deficiência congênita e os atletas com deficiência adquirida, quando comparadas às respostas por domínio.

Noce et al. (2009) realizaram um estudo comparando a percepção sobre a qualidade de vida de atletas com deficiência praticantes de basquetebol de cadeira de rodas com as pessoas com deficiência física sedentários, utilizando o questionário WHOQOL-BREF. Concluíram que a prática regular de atividade física produz efeitos positivos na percepção da qualidade de vida, nos diferentes domínios do instrumento utilizado, demonstrando que o nível da qualidade de vida dos deficientes físicos ativos era melhor do que a dos sedentários.

Importante ressaltar que Hsiung et al. (2005) realizaram um estudo para verificar a confiabilidade e a validade dos dois instrumentos (WHOQOL-BREF e SF-36), com 224 pacientes com HIV, e concluíram que os dois instrumentos são confiáveis e válidos.

Os métodos descritos acima buscam avaliar diferentes formas de percepção sobre a qualidade de vida e, comparando os dois instrumentos mais utilizados, pode-se verificar que os mesmos permitem uma percepção da qualidade de vida sob óticas diferentes, o WHOQOL-BREF busca avaliar a percepção da qualidade de vida por meio de levantamento de informações mais gerais das pessoas, avaliando a sua motivação, bem-estar, satisfação, oportunidades de lazer, mobilidade e o seu cotidiano. Já o instrumento SF-36 permite a mesma avaliação por meio da análise das condições de saúde dos indivíduos, a funcionalidade, das limitações da doença e das respostas sobre o tratamento.

### **1.3 - Álcool, Tabagismo e a Pessoa com Deficiência Física**

Ao realizar estes estudos e compreender o que leva as pessoas a fazerem o uso de tabaco e o consumo de álcool, cumpre-se um papel importante na prevenção da saúde, no bem estar e na promoção de um estilo de vida mais saudável. De acordo com Muza et al. (1997) os estudos epidemiológicos na América Latina identificam que, do mesmo modo que nos países desenvolvidos, as substâncias psicoativas mais consumidas são o álcool e o tabaco.

O consumo de álcool e tabaco está relacionado a doenças não-transmissíveis (DNTs), e o uso destas substâncias pode expor desnecessariamente ao risco de lesões, ao mesmo tempo em que também se tornam as principais causas de incapacidades e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento (WORLD, 2005).

Krause et al. (2009) estudaram 1.386 lesionados medulares traumáticos, com mais de um ano de lesão, buscando identificar os vários preditores de comportamento da mortalidade, utilizando um instrumento com questões sobre consumo de álcool, tabagismo e uso de medicamentos psicotrópicos, os autores verificaram que pessoas com lesões mais graves fumavam e bebiam menos, mas usavam mais medicamentos psicotrópicos. Eles observaram também que a idade correlacionava-se negativamente com o uso de álcool, tabaco e com a aptidão física, sugerindo que é importante evitar o consumo de álcool e tabaco para diminuir o risco de mortalidade dessa população. Nesse sentido, os autores propuseram que se deveria instruir as pessoas com a lesão medular sobre o não consumo destas substâncias durante o processo de reabilitação para evitar a mortalidade precoce dos mesmos.

Conforme Pinho e Oliva (2007), o álcool e o tabaco são drogas lícitas socialmente e podem estar sendo usadas como estratégia de enfrentamento em ocorrências interpessoais. Ainda de acordo com as autoras há uma tendência de quem consome o álcool não necessariamente fumar, mas quem fuma, geralmente consome o álcool.

Com o objetivo de revisar a evolução dos estudos de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários, Wagner e Andrade (2008), encontraram 12

publicações que tratavam do assunto e que contribuíram para que os mesmos pudessem concluir que estudos sobre o consumo de álcool e tabaco têm aumentado, nos últimos anos, de forma acelerada. Por isso, para os autores as tentativas de compreender as características de consumo e o perfil da população de interesse visam aprimorar os programas de prevenção, auxiliando na melhoria da qualidade de vida.

O consumo do álcool tem dois efeitos bem distintos, ou seja,

A ingestão de álcool provoca efeitos diversos em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos, após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar), mas, com o passar do tempo, começam a aparecer os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma (MARQUES, 2009).

Segundo Carlini (2001), o consumo de álcool pode provocar um quadro de dependência e são vários os fatores que podem acarretar essa dependência, de origem biológica, psicológica, sociocultural ou a soma destes.

Para Pereira (2008) o alcoolismo tem três estágios de evolução:

O primeiro na fase da adaptação, que pode levar muitos anos, no qual o organismo vai se acostumando a funcionar à álcool e permitindo que a vida possa ser levada normalmente, com alguns eventuais exageros. O segundo estágio pode-se dizer que é a fase perigosa da tolerância alcoólica, em que o organismo pede doses crescentes, com o surgimento de problemas de toda ordem na vida do alcoólatra. O terceiro, que às vezes pode se confundir um pouco com o segundo, é a fase da dependência total, com o cidadão já vivendo para beber e bebendo para viver (PEREIRA, 2008).

De acordo com Lima (2002), o alcoolismo é uma doença altamente prevalente, de alto custo social e que provoca danos em diversas áreas da vida do indivíduo. Conforme World (2005), ao ingerir o álcool pode-se correr o risco de lesão devido a quedas ocasionadas pelos efeitos causados pelo consumo do álcool. O alcoolismo, de acordo com Marques (2009), está associado a vários tipos de doenças, incluindo desordens mentais, câncer, cirrose, danos



intencionais etc.. Além disso, pode causar efeitos não intencionais como beber e dirigir, suicídios, comportamento agressivo, perturbações familiares, acidentes no trabalho e produtividade industrial reduzida.

Um dos efeitos do álcool em nosso corpo é que o mesmo acelera o processo de desidratação porque estimula os rins a eliminarem mais água. Além disso, após os exercícios o corpo precisa de alimentos com bom índice glicêmico e o álcool com certeza não é um deles [...].

O consumo de álcool, conforme Pillon e Luis (2004), pode motivar um aprendizado social, dentro do ambiente familiar, e gerar traços na personalidade do indivíduo. Portanto, é aprendido por meio da observação e imitação, sendo um importante fator no padrão inicial do consumo. De acordo Muza et al. (1997), o álcool é a substâncias psicoativa mais aceita socialmente, pois há pouco esforço no sentido de inibir o consumo, o que permite um contato mais precoce.

Há uma percepção de que o ato de beber em conjunto com outras pessoas é um ato social contagiante, capaz de influenciar e de ser influenciado por quantos tomam a decisão de ingerir álcool em momentos de celebração social (MARQUES, 2009). Segundo Lima (2002), a medida que o indivíduo vai se envolvendo com o consumo de álcool, paralelamente ocorrem mudanças de comportamento nas diversas áreas de sua vida.

Beber socialmente é para quem pode e não para quem quer. Aliás, o sonho de todo alcoólatra é um dia poder beber socialmente (PEREIRA, 2008). De acordo com Meloni e Laranjeira (2004), no campo social são vários os problemas relacionados ao consumo de álcool, por exemplo: vandalismo, desordem pública; problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais e custos sociais. Ainda segundo Carlini (2001), apesar da aceitação social o consumo passa a ser um problema, além dos acidentes de trânsito e da violência associada à embriaguez.

De acordo com Marquez (2009) o uso do álcool impõe às sociedades uma carga de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua qualidade de vida.

Conforme Pillon e Luis (2004), entre as drogas psicotrópicas, o álcool parece ser a substância mais consumida no Brasil. Para Lahmek (2009), a dependência do álcool é uma doença crônica e, segundo Pereira (2008), o alcoolismo está classificado como a terceira doença que mais mata no mundo, superado apenas pelas doenças do coração e pelo câncer, que ainda estão em segundo lugar. Portanto, o consumo de bebidas alcoólicas, quando em excesso, passa a ser um importante problema de saúde pública, acarretando altos custos para a sociedade (MARQUES, 2009).

Heinemam et al. (1989) estudaram a relação entre o uso de álcool e atividade física, durante a internação para reabilitação, com 103 pessoas com lesão da medula recente. As pessoas relataram, por meio de questionário, sobre o uso de álcool e o número de problemas com a bebida durante os 6 meses que antecederam a lesão, sobre a sua aceitação da deficiência e as suas atividades durante a internação. Os que bebiam antes da lesão relataram que continuavam tendo problemas com a bebida e, por sua vez, gastavam menos tempo em atividades, como dormir e descansar durante a internação hospitalar de reabilitação, e passavam mais tempo na recreação (por exemplo, assistir TV e leitura). Além disso, as pessoas que bebiam mais informaram ter menos tempo em atividades produtivas, como terapias de reabilitação.

Bombardier et al. (2004) desenvolveram um estudo para determinar se o histórico de consumo de álcool estaria relacionado com o progresso da reabilitação hospitalar. Avaliando 104 pacientes com lesão medular, com idade média de 38 anos, por meio de entrevistas e avaliação funcional, verificou-se que 39% dos entrevistados tinham um histórico de beber antes da lesão medular e, portanto, os dados permitiram comprovar que as pessoas com histórico de consumo de bebida demoravam mais no progresso de reabilitação que os outros que não bebiam. Sendo assim, o estudo confirmou que as pessoas que bebiam possuíam um custo maior na reabilitação que os demais e o sistema não reconhecia esta condição de comorbidade.

O Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo dos Estados Unidos (NIAAA, 2005), também em um estudo sobre o tema, revelou que o uso de álcool nesta parcela da população pode comprometer interações medicamentosas e

dificultar o tratamento de algumas patologias, tais como a pneumonia. O estudo também mostrou que o consumo de álcool traz problemas psicossociais tais como a depressão, a diminuição do nível de satisfação com a vida e a negligência nas atividades para alcançar o pleno funcionamento potencial.

Estudo sobre a relação entre a história de abuso de álcool para ajustamento emocional e a ocorrência de úlcera de pressão durante os primeiros 3 anos após Lesão Medular, desenvolvido por Elliot et al. (2002), buscou realizar comparações entre diferentes níveis de abuso de álcool antes de ocasionar a depressão e a aceitação da deficiência. Participaram desse estudo 75 pessoas e, conforme mostraram os resultados, o abuso de álcool não foi associado com a depressão ou aceitação da deficiência. O histórico de abuso grave de álcool foi associado com úlceras de pressão ao longo dos 3 anos. Verificou-se que pessoas com antecedentes de abuso de álcool grave pode ter maior risco para a ocorrência de úlcera de pressão durante o primeiro ano da lesão medular. Corroborando com esse estudo, Tate et al. (2004) identificaram que o aparecimento da úlcera de pressão também estava associado com o uso de álcool e que a cada ano os consumidores tendem a ser os mais jovens, solteiros e do sexo masculino. Este estudo foi realizado com 3.041 pessoas com lesão medular, utilizando os seguintes instrumentos no processo da pesquisa: o CAGE é uma escala de satisfação com a vida.

Muitas pessoas gostam de praticar algum tipo de esporte e, ao mesmo tempo, beber aquela geladinha como a cerveja, a vodka e outras [...]. Utilizando-se da bebida para justificar que a mesma é consumida para relaxar, Souza (2011) afirma que nem todos têm a noção dos efeitos do álcool e dos problemas que ele pode causar em nosso organismo e, portanto, existe uma grande armadilha na medida em que o álcool pode trazer energia e prazer no curto prazo, fazendo com que o atleta acredite que pode ter uma melhor performance. Avalia-se que este pensamento pode ser um grande erro, ou seja,

O primeiro efeito é sentido no rim: o atleta começa a desidratar porque a perda de líquido pelo corpo é maior; na pele, acontece a vasodilatação periférica, o que acarreta na perda de calor podendo levar à hipotermia em lugares mais frios; acúmulo de gordura porque altera o metabolismo de açúcar e gordura

corporal; enfraquecimento muscular; perda de resistência para um exercício continuado ou um programa de treinos; aumento da pressão arterial; comprometimento da habilidade motora; inibe a absorção de vários tipos de vitaminas, inclusive o complexo B, e com isso atrapalha o crescimento muscular e acontece perda de massa magra (músculos); afeta o SNC (Sistema Nervoso Central), isso no atleta implica na diminuição da velocidade de reação, por exemplo. Com isso é evidente que o desempenho do atleta fica comprometido e aumenta o risco de lesões (SOUZA, 2011).

As atividades físicas e a prática de esportes podem contribuir na prevenção e na resolução de problemas relacionados ao alcoolismo. Uma das explicações para essa constatação é o fato de que as conseqüências do consumo de álcool interferem diretamente na capacidade física dos praticantes de esportes [...].

O consumo de tabaco tem efeitos devastadores na saúde e na longevidade, atingindo praticamente todos os órgãos e funções (SANTOS et al., 2003; NUNES, 2006; MARQUES, 2009). De acordo com Malta et al. (2010), além de ser responsável por vários tipos de câncer, o tabaco também aumenta o risco de doenças cardiovasculares e respiratórias.

O tabagismo, antes visto como um estilo de vida, é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas (MALTA et al., 2010; SANTOS et al., 2003), o que leva as pessoas a ficarem dependentes. De acordo com Pinho e Oliva (2007), a nicotina, que é um alcalóide misturado com o tabaco, tem um papel fundamental na dependência física e promove um efeito recompensador no cérebro, responsável pela manutenção do tabagismo. Segundo Carlini (2001), alguns dos principais efeitos da nicotina no sistema nervoso central são: elevação leve do humor e diminuição do apetite. Para o autor, apesar de ser considerado um estimulante leve, alguns fumantes relatam que quando fumam se sentem relaxados e esta sensação é devido a diminuição do tônus muscular.

De acordo com Gonçalves-Silva et al. (2004), o sucesso das campanhas contra o uso de tabaco tem sido limitado em virtude das dificuldades passadas pelo fumante em abandonar o hábito e por causa da síndrome de abstinência produzida pela dependência à nicotina. Os autores afirmam que esta dependência, com certeza, é a maior responsável pela recaída dos ex-fumantes a

voltarem ao uso do tabaco e é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados e ao teor de nicotina contida no cigarro.

Segundo Strine (2005), o uso do tabaco tem efeitos negativos sobre a saúde física do indivíduo, mas sua associação com qualidade de vida está relacionada à saúde e a uma variedade de comportamentos de saúde que não têm sido amplamente investigados. De acordo com esse autor, existem fortes relações entre o tabagismo e o consumo de álcool em relação à perturbação do humor.

O tabagismo está associado a uma série de outros fatores de risco modificáveis, sendo que os mesmos merecem mais avaliações e intervenções. Para WORLD (2005), fumar é um fator de risco de doença não transmissível modificável mais importante para as pessoas, e representa a causa de morte prematura mais evitável. Além disso, a cessação do tabagismo pode ser reduzida por melhorias na dieta, atividade física e sono. Nunes (2006) acrescenta que, o consumo de tabaco é o principal fator de risco evitável de doença como o colesterol elevado, a hipertensão ou a obesidade, e o uso do mesmo pode levar a um aumento sinérgico do risco de doença cardiovascular.

Para Nunes (2006), o consumo de tabaco deve ser encarado pelos profissionais de saúde como uma doença crônica que carece de prevenção e de tratamento, dado que o consumo de tabaco tem efeitos devastadores na saúde e na longevidade, atingindo praticamente todos os órgãos e funções. Corroborando com os estudos sobre o tratamento da dependência do tabaco, Polosa e Benowitz (2011) tratam este consumo como uma pandemia global e afirmam que, embora o tratamento seja importante, é, ao mesmo tempo, caro e, além disso, consideram que os tratamentos disponíveis para a cessação do tabagismo não possuem muita eficiência. Diante disso, analisaram vários farmacoterapias atuais e emergentes da dependência do tabaco e, portanto, entendem que sejam necessários tratamentos farmacoterápicos mais eficazes para ajudar os fumantes na manutenção da abstinência no longo prazo.

Conforme Samet (2010), no combate ao consumo de tabaco é necessário informar ao público e aos responsáveis a incidência de doenças causadas pelo tabagismo. Atualmente o consumo de tabaco é considerado a causa do maior

número de morte prematura evitável. Diante disso, o uso dos principais indicadores deste consumo como a morbidade, mortalidade e o custo, tem sido eficaz no combate e na motivação dos países a realizar campanhas contra o consumo de tabaco e também motivar a busca pela saúde.

Conforme o artigo de revisão de Filozof et al. (2004), o tabagismo é a causa mais importante evitável de morte e doença. A cessação do tabagismo é associada a benefícios substanciais na saúde. Porém, o ganho de peso é citado como a principal razão para não se tentar parar de fumar. O tabagismo pode levar as pessoas a apresentarem sintomas de ansiedade e depressão. Além dos fatores psicológicos contribui também para o surgimento de algumas patologias (MORAES e SOUZA, 1996; CASTRO et al., 2007; SANTOS et al., 2008).

Constata-se que o tabagismo está associado à alta morbimortalidade, sendo responsável por aproximadamente 5 milhões de mortes ao ano e é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) a maior causa de morte evitável e de maior crescimento no mundo (CASTRO, 2007; NUNES, 2006). No Brasil, segundo Malta et al. (2010), está havendo uma redução de fumantes devido as ações de prevenção e controle do tabagismo que incluíram medidas educativas, preventivas e regulatórias, como a proibição do consumo em recinto de uso coletivo e restrição da publicidade, da promoção e do patrocínio de produtos do tabaco aos pontos de venda.

Pistelli et al. (2009), no seu artigo de revisão sobre o ganho de peso ao cessar o hábito do tabaco, demonstrou que a maioria dos fumantes tem a experiência de ganho de peso após parar de fumar. Explicaram que isso ocorre devido ao aumento de ingestão de energia e a diminuição da taxa metabólica de repouso. Eles identificaram também que os benefícios à saúde, após a cessação do tabagismo, são mais positivos que o ganho de peso na medida em que os médicos podem intervir evitando o ganho de peso. Nesse sentido, tal intervenção poderia romper com a barreira para parar de fumar e, ao mesmo tempo, proporcionar maiores benefícios à saúde do ex-fumante.

Portanto, a atividade física seria uma alternativa saudável para contribuir com a cessação do tabagismo, pois um programa de atividade física contribui a curto e no longo prazo para que não se tenha ganho de peso após a cessação do

tabagismo (MARCUS et al., 1999). Segundo Lacerda e Cardoso (2009) é importante também salientar que atualmente a família desempenha um papel fundamental para prevenir e intervir para o não consumo do tabaco e, portanto, é importante o envolvimento da família para evitar o uso e o abuso do mesmo.

O estudo realizado por Audrain-McGovern et al. (2003) avaliou se a atividade física contribui para a diminuição do consumo de tabaco devido aos seus benefícios sobre o estado de humor de seu praticante. O mesmo concluiu que quanto mais intensa a atividade física menor o risco de fumar durante a adolescência e, portanto, a prevenção do tabagismo deve incorporar estratégias para promover a atividade física para evitar a experimentação de fumar entre os adolescentes.

Os estudos realizados por Ussher et al. (2003) com 299 pessoas, participantes de um programa de intervenção de 7 semanas sem fumar, incluindo uma terapia de reposição de nicotina e separados em dois grupos (um com exercício, outro com educação em saúde), com o objetivo de aumentar a abstinência do fumo e reduzir os ganhos de peso e gordura corporal com a retirada do tabaco, mostraram que a abstinência foi confirmada pela medição de monóxido de carbono expirado. A descoberta é que não houve diferença significativa na abstinência entre o grupo de exercício e o de controle, nem diferença no ganho de peso ou de gordura corporal. Porém, observou-se que o grupo participante de exercício relatou menos tensão, ansiedade, irritabilidade, agitação e estresse do que os outros. Diante desses relatos, os autores concluem que a atividade física não aumentou a cessação do tabagismo ou reduziu o peso ou a gordura corporal de forma significativa, mas houve efeitos benéficos sobre os sintomas psicológicos.

Na revisão bibliográfica realizada Ussher et al. (2008) em 13 artigos sobre a contribuição da atividade física como meio de cessação do tabagismo, os autores não mostraram um efeito significativo da atividade física na abstinência do fumo pelo fato de ser pequena a amostra, ou pelas inúmeras limitações metodológicas, ou pelo fato de considerar que a intervenção não foi intensa o suficiente para produzir as mudanças necessárias. Diante disto, não haveria evidência suficiente para recomendar a atividade física como uma ajuda

específica para a cessação do tabagismo e, sim, como uma contribuição para ajudar a reduzir a retirada do tabaco e os desejos. Portanto, eles recomendam que mais pesquisas se fazem necessárias para desvendar a relação entre a intensidade e o tempo de intervir com a atividade física e o seu efeito na abstinência do fumo.

O estudo de Graud et al. (2007) teve como objetivo examinar a relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde e ao estágio de mudança na cessação do tabagismo. A amostra do estudo foi composta por 201 fumantes e ex-fumantes. Fumantes com nenhuma intenção de mudar seu hábito tiveram menor avaliação da qualidade de vida, ou seja, os fumantes relataram problemas emocionais no trabalho, em outras atividades diárias e uma saúde mais precária em relação ao ex-fumantes, que tiveram maiores scores na qualidade de vida de acordo com a avaliação feita pelo instrumento SF-36. Os resultados desse estudo sugerem ser importante a intervenção com programas comunitários, aumentando mensagens positivas para a cessação do tabagismo na mídia e participação de líderes comunitários, políticos e de saúde que afetam a percepção da qualidade de vida.

Conforme Castro et al. (2007) os tabagistas têm mais prejuízos na qualidade de vida e, no entanto, esse grupo é o que apresenta os scores mais elevados de sintomas depressivos e de ansiedade. As autoras ainda afirmam que um caminho seria sensibilizar os dependentes para interromperem esse consumo.

Conforme o relatório da ONU (2003), o esporte e a atividade física são essenciais para a melhoria da saúde e do bem estar, tendo também um papel significativo na prevenção e na cura de muitas das principais doenças não-contagiosas do mundo. Tal relatório afirma que a participação regular em programas de atividade física colabora para desestimular o uso do tabaco, do álcool e das drogas, além de melhorar a capacidade funcional.



## 1.4- Síntese

Considerando o exposto, um programa de atividade física realizado regularmente com as pessoas com deficiência física pode corroborar para a melhoria e manutenção da aptidão física dessas pessoas, proporcionando uma melhora significativa nos aspectos da auto-estima, autonomia, independência, nas suas atividades de vida diária e nos aspectos fisiológicos. Consequentemente, uma melhora na sua capacidade funcional, emocional e saúde pode refletir nos domínios que avaliam a percepção de qualidade de vida dos indivíduos.

A atividade física sistematizada pode acarretar diversos benefícios tanto na esfera física quanto mental do ser humano, proporcionando uma melhor qualidade de vida nas pessoas com deficiência.

Os referidos estudos sobre a relação do consumo do álcool com a saúde das pessoas mostraram essa substância prejudica o processo de reabilitação e de recuperação de lesões que, por ventura, possam ter e apresentam dois tipos de efeitos: os estimulantes e os depressores. Além disso, quando há o consumo exagerado dessa substância pode prevalecer o efeito depressor e, portanto, o exercício físico pode contribuir e também colaborar com a cessação desse consumo.

Com relação ao uso do tabaco verifica-se que o consumo do mesmo pode causar diversos danos à saúde do indivíduo, como doenças cardio respiratórias e outras. As substâncias químicas presentes no tabaco levam o indivíduo a ficar dependente das mesmas. Atualmente, os efeitos do tabaco são bem divulgados e há várias campanhas com o intuito de incentivar o processo de cessação do uso deste produto.

No processo de cessação do uso do tabaco é importante que as pessoas reduzam o consumo de alimentos decorrentes do aumento da ansiedade, a fim de inibirem o aumento do peso. Dentro desta perspectiva, a atividade física passa a ter um papel de colaborar com este processo de cessação e inibição do início do uso do tabagismo, juntamente com o apoio da família.

Nesse contexto, a discussão sobre qualidade de vida das pessoas com deficiência vem ganhando relevância devido às diversidades de seqüelas

impostas a essas pessoas e também pelo fato de que, atualmente, essa parcela corresponde a quase um quarto da população brasileira. Além disso, há poucos estudos com esta população com a perspectiva de nortear os rumos das políticas públicas para este segmento. Nesse sentido, nota-se um consenso entre os autores sobre a necessidade da realização de novos estudos com o objetivo de averiguar as variáveis que podem ou não estar interferindo na qualidade de vida das pessoas com deficiência.

## II – MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, pois se concentra em conhecer melhor o objeto a ser investigado (GIL, 1994).

### 2.1 - Participantes do Estudo

A amostra foi extraída de uma população de 3.022 para atletas (atletas com deficiência) cadastrados no Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB, 2011). Todos os clubes nos quais esses atletas são filiados receberam o convite para participar deste estudo, por meio de contato com os técnicos nas reuniões do congresso técnico das Etapas Nacionais do Circuito Paralímpico de Atletismo, Natação e Halterofilismo.

Critérios de inclusão das pessoas com deficiência no estudo: 1- Estar participando das competições oficiais promovidas pelo Comitê Paralímpico Brasileiro; 2- Possuir classificação funcional que o tornou elegível para competir nas categorias de pessoas com deficiência física; 3 - Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo.

Todos os atletas que preencheram estas condições foram convidados a participarem do estudo, sendo que 354 atletas realizaram as entrevistas. A coleta de dados foi realizada diretamente com os atletas nos clubes ou nos hotéis onde eles estavam hospedados para competição. Foi realizado um treinamento de um aluno de mestrado e seis alunos de graduação em Educação Física do Curso de Educação Física do Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXÁ para auxiliar nas entrevistas. Dada a inviabilidade de coletar todos os dados pessoalmente, por questão temporal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os questionários a serem preenchidos foram enviados por meio de seus técnicos. Uma terceira tentativa de alcançar os atletas foi feita utilizando-se de contato eletrônico, via facebook e email de todos os diretores-técnicos dos clubes filiados, tendo em vista que os contatos pessoais com os atletas não eram acessíveis.

## **2.2 - Instrumentos e Coleta de Dados**

### **2.2.1 - Questionários de Condições Socioeconômicas e Clínicas**

Para verificar as condições socioeconômicas dos atletas foi utilizado o questionário aplicado aos alunos que realizaram a prova do ENEM 2009, conforme Anexo B.

Dados sobre as condições clínicas foram coletados a partir do questionário adaptado de Tolocka (2006) e referem-se às condições motoras, patologias existentes, uso de medicação, queixas atuais, antecedentes pessoais familiares. Questões sobre o uso de fármacos foram retiradas de Questionnaire AUDIT, utilizado por Ninot (2001), conforme consta no Apêndice A.

### **2.2.2 - Questionário de Qualidade de vida.**

Para avaliar a percepção sobre a qualidade de vida foi aplicado o questionário WHOQOL-BREF (Anexo C). Este instrumento foi organizado pela Organização Mundial da Saúde, de acordo com Fleck et al. (2000), e o critério de seleção das questões para compor o WHOQOL-BREF foi tanto psicométrico como conceitual.

O WHOQOL-BREF é composto de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida e saúde e as outras 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-10 (FLECK, 1999). Foi realizada análise fatorial confirmatória para uma solução a quatro domínios (FLECK, 2000).

Importante ressaltar que o WHOQOL-BREF é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente. As questões do WHOQOL-BREF foram formuladas em quatro escalas tipo LIKERT com cinco pontos de intervalo, para medirem a capacidade, frequência, avaliação e intensidade.

### **2.3 - Tratamento dos Dados.**

Os dados sobre a qualidade de vida foram tratados de acordo com a sintaxe Australiana do WHOQOL-BREF, avaliado numa escala de 0 a 100. Para tanto, observa-se que, quanto mais próximo de 100, o dado mostra que a qualidade de vida do voluntário é melhor. Verificando-se também a porcentagem de cada domínio na qualidade de vida dos sujeitos foi calculada a consistência interna das respostas obtidas por meio do coeficiente alfa de Cronbach. A estatística descritiva para cada um dos domínios foi obtida por meio do cálculo da média e do desvio padrão (DP) e foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Spearman.

### **2.4 - Procedimentos Éticos**

Este estudo obedeceu às normas e regras sobre as pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a resolução 196/96 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo COEP da UNIMEP, com o parecer 49/11, conforme anexo A.

Foi realizado contato com os técnicos das equipes que tinham atletas que disputavam o Circuito Paralímpico Brasileiro de Atletismo, Halterofilismo e Natação, para que os mesmos aplicassem os instrumentos utilizados nesta pesquisa aos seus atletas ou que os mesmos atendessem os aplicadores destes instrumentos. Todos tomaram conhecimento do estudo e receberam os questionários, bem como o TCLE para participarem da pesquisa. Dúvidas sobre o estudo foram esclarecidas por meio de e-mail ou vídeo conferência pela SKYPE ou pela equipe de pesquisadores que abordou os atletas para aplicar os instrumentos nos clubes visitados.

Os atletas que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). A identidade dos voluntários foi, portanto, resguardada.

O clube que o atleta estava filiado forneceu autorização para que o estudo fosse realizado nas suas dependências, conforme pode ser visto no Apêndice C.

### **III – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O público alvo entrevistado contou com a participação de 354 atletas com deficiência física nas modalidades individuais, participantes do Circuito Brasil Paralímpico de Atletismo, Natação e Halterofilismo promovido pelo Comitê Paralímpico Brasileiro. As entrevistas ocorreram com atletas que tinham idade mínima de 16 anos e máxima de 59 anos, configurando uma média de idade de 30,03 anos, uma mediana de 30 anos e um desvio padrão de 10,01 anos.

Nesta seção serão apresentados os resultados e a análise referentes à percepção da qualidade de vida da amostra, sobre o nível de escolaridade, renda individual e familiar, trabalho, sobre as condições clínicas e a questão de uso de tabaco e consumo de álcool, correlacionando todas as variáveis com os domínios da qualidade de vida.

#### **3.1 - Percepção da Qualidade de Vida de Atletas com Deficiência Física.**

Os 354 atletas pesquisados eram ligados a um clube filiado ao Comitê Paralímpico Brasileiro, sendo todos Brasileiros e participantes do Circuito Brasileiro Paralímpico de Atletismo, Natação e Halterofilismo.

As repostas obtidas pelo instrumento WHOQOL-BREF foram consideradas válidas, dado que o coeficiente Alfa de Cronbach foi de 0,8275, ou seja, conforme afirma Fleck (2000), os valores obtidos acima de 0,8 no coeficiente Alfa de Cronbach para as questões do referido questionário atestam uma consistência interna satisfatória das respostas do questionário WHOQOL-BREF.

Na primeira questão do questionário WHOQOL-BREF foi obtido um coeficiente Alfa de Cronbach de 0,8266 e na mesma questão, foi possível verificar como o atleta avalia a sua qualidade de vida. Assim, na Tabela 1, percebe-se que 59,61% dos atletas avaliaram sua qualidade de vida como boa e 30,51% avaliaram como muito boa, perfazendo um total de 90,22% dos atletas que consideram sua qualidade de vida boa e muito boa. Dentre os entrevistados nota-se que 8,47% dos atletas avaliaram a qualidade de vida como nem ruim e nem

boa; apenas 0,85% dos atletas avaliaram como muito ruim e 0,56% dos atletas avaliaram como ruim.

**Tabela 1** - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação à questão “como você avalia sua qualidade de vida?”.

Qualidade de Vida	Total	
	n	%
Muito ruim	2	0,56
Ruim	3	0,85
Nem ruim, nem boa	30	8,47
Boa	211	59,61
Muito boa	108	30,51
Total	354	100

Comparando as respostas da questão 1, encontradas neste estudo, com o estudo realizado por Parreiras (2008), verificou-se que 90,12% e 81,20% dos atletas consideraram sua qualidade de vida boa e muito boa, respectivamente, e portanto, pode-se constatar que, nos dois estudos, a maioria dos atletas possui uma boa percepção sobre a qualidade de vida.

Na segunda questão do WHOQOL-BREF buscou-se levantar como estes atletas avaliavam a sua saúde e, nesta questão o coeficiente Alfa de Cronbach foi de 0,8268. Conforme Tabela 2, observa-se que 55,65% dos atletas avaliaram que estavam satisfeitos com a sua saúde e 28,53% estavam muito satisfeitos, perfazendo um total de 84,18% dos atletas. Além disso, 11,02% dos atletas declararam nem satisfeitos e nem insatisfeitos com a sua saúde; 3,67% declararam insatisfeitos e apenas 1,13% dos atletas declararam muito insatisfeitos com a sua saúde.

**Tabela 2** - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação à questão “quão satisfeito você está com a sua saúde?”.

Saúde	Total	
	n	%
Muito insatisfeito	4	1,13
Insatisfeito	13	3,67
Nem insatisfeito, nem satisfeito	39	11,02
Satisfeito	197	55,65
Muito satisfeito	101	28,53
Total	354	100

Comparando as respostas da questão 2 encontradas neste estudo com o realizado por Parreiras (2008), observa-se que, em relação à satisfação dos entrevistados com a sua saúde, identifica-se que os atletas que responderam que estavam satisfeitos e muito satisfeitos com a sua saúde totalizaram de 84,18% e 84%, respectivamente. Nesse sentido, pode-se afirmar que nos dois estudos a maioria dos atletas está satisfeita em relação à saúde.

Para avaliar a natureza da relação existente entre as questões 1 e 2 do questionário de qualidade de vida, calculou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman e foi obtido um valor de  $p < 0.467$  indicando uma associação substancialmente positiva. Ao mesmo tempo o referido dado mostra que a correlação é significativa e as duas variáveis são linearmente dependentes ou relacionadas e vice-versa.

Na terceira questão do WHOQOL-BREF buscou-se informação sobre a dor (física) e o fato da mesma impedir o atleta na realização das suas atividades. Nesta questão, o coeficiente Alfa de Cronbach foi de 0,8554. Conforme Tabela 3, observou-se que 41,24% dos atletas declararam que a dor nada os impedia de realizar as suas tarefas; 27,68% dos atletas declararam que era muito pouco o impedimento da dor na realização das tarefas; 22,03% dos atletas declararam mais ou menos o impedimento; 8,19% dos atletas afirmavam que a dor impedia bastante e apenas 0,85% dos atletas declararam que a dor os impediam extremamente.



**Tabela 3** – Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação à pergunta “em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?”

Dor	n	%
Nada	146	41,24
Muito Pouco	98	27,68
Mais ou menos	78	22,03
Bastante	29	8,19
Extremamente	3	0,85
Total	354	100

De acordo com a Tabela 4, pode-se avaliar a percepção dos atletas sobre qualidade de vida de forma geral por meio da avaliação dos quatro domínios relacionados no WHOQOL-BREF e, quando se analisa a confiabilidade por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, identifica-se que o resultado foi de 0,8369, confirmando a boa consistência interna das respostas. Os scores apresentados para os referidos domínios demonstram que, no geral, os atletas têm uma boa percepção sobre a qualidade de vida quando os valores apresentados, na maioria dos domínios, foram acima de 70, ou seja, no domínio físico foi de 73,37; no domínio psicológico foi de 76,03; o domínio social, de 72,05; e apenas no domínio meio ambiente o valor foi de 62,01.

**Tabela 4** - A percepção dos atletas sobre qualidade de vida de forma geral por meio da avaliação dos quatro domínios relacionados no WHOQOL-BREF.

Domínio	Média	dp
Domínio Físico	73,37	14,97
Domínio Psicológico	76,03	13,67
Domínio Social	72,05	15,67
Domínio Meio Ambiente	62,01	15,28

Diante desses dados é importante destacar o score apresentado para o domínio meio ambiente para o qual foi constatado um valor abaixo de 70 e, portanto, este dado não difere dos estudos realizados com as pessoas com deficiência e sem deficiência realizadas com a população brasileira, conforme apontado na literatura que trata de estudos sobre a qualidade de vida. Dentre

estes estudos cita-se os estudos de FLECK et al. (2000), BAMPI et al. (2008), PARREIRAS (2008), NOCE et al. (2009), GORDIA et al. (2009).

De acordo com esses estudos, o domínio do meio ambiente busca levantar dados sobre a relação da pessoa com o meio, ou seja, relaciona-se a pessoa com o espaço físico onde ela vive que ora é influenciado pelo clima, barulho, poluição, atrativos, transporte, acessibilidade e outros. Segundo Teo (2010), reduzir as barreiras ambientais é o início para facilitar a plena participação das pessoas com deficiência na sociedade. Para tanto, cabe ressaltar que a falta de acessibilidade não só prejudica as pessoas com e sem deficiência, como também as pessoas que têm alguma dificuldade momentânea, que, conseqüentemente, pode influenciar na percepção sobre a qualidade de vida independente das condições físicas das pessoas. Diante disto, é oportuno refletir que além das limitações impostas pela deficiência do atleta constata-se que as dificuldades causadas pelo meio ambiente podem dificultar as pessoas com deficiência a buscarem os benefícios propiciados pela prática regular de algum tipo de atividade física.

No domínio Físico, pode-se considerar como resultado bastante satisfatório quando o score for de 73,37 em média. Sabendo da importância de se considerar que a capacidade funcional dos indivíduos tem certos limites, devido a sua limitação física motora, que poderia impactar negativamente na percepção de Qualidade de Vida desses atletas, verificou-se que esta limitação não influenciou neste domínio. Os dados mostram que os atletas, por terem uma atividade física regular, os atletas conseguem lidar melhor e com mais segurança nas suas AVDs. Corroborando, Cardoso et al. (2010) afirmam que a pessoa com deficiência que pratica um tipo de atividade física traz ganhos de independência e autoconfiança para a realização das atividades diárias.

O domínio psicológico teve o melhor score dentre os quatro domínios (76,03) e, diante deste resultado, percebe-se que os atletas possuem uma autoestima elevada, e a prática de uma atividade física regular contribui para que os mesmos possam dar mais sentido às suas vidas, melhorando positivamente as suas relações pessoais no treinamento, no trabalho, na vida afetiva e socialmente. Para Parreiras (2008) os fatores psicológicos percebidos pelos atletas que foram influenciados pela prática de uma atividade física são “o nível

de autoconfiança”, “prazer nos treinamentos e competições” e “sentimentos positivos” como alegria, satisfação e felicidade.

O domínio social também obteve um bom score na percepção dos atletas entrevistados (72,05). Este domínio tem influência direta na satisfação com as relações com os amigos, com os familiares e com o companheiro de vida afetiva. Costa e Duarte (2002) ressaltam que uma das características principais da atividade física é a possibilidade de se trabalhar em grupo, propiciando, assim, a interação social entre seus participantes.

A avaliação sobre a percepção da qualidade de vida dos atletas foi realizada por meio do instrumento WHOQOL-BREF, o qual é mais utilizado com pessoas sem deficiência. Poucos são os estudos que utilizaram este instrumento no Brasil para avaliar a percepção da qualidade de vida da pessoa com deficiência, dentre os quais cita-se os estudos realizados por NOCE et al. (2009), PARREIRAS (2008), BAMPI et al. (2008). Importante destacar que o trabalho realizado por Noce et al. (2009) foi com atletas praticantes de basquetebol em cadeira de roda comparando com os não praticantes desse esporte. Já o trabalho realizado por Parreiras (2008) foi com atletas paralímpicos em treze modalidades, sendo elas coletivas e individuais, nas quais os atletas tinham que ter experiência internacional em pelo menos uma competição.

Comparando os resultados encontrados com os estudos acima citados, verifica-se que, em relação ao domínio físico, nos estudos de Bampi et al. (2008) e Parreiras (2008) os scores ficaram abaixo de 70 e, neste estudo e no estudo de Noce et al. (2009), os mesmos ficaram acima de 70. No domínio psicológico constata-se que só no estudo realizado por Bampi et al. (2008) é que o score esteve abaixo de 70, sendo que este dado também foi verificado no domínio social. Finalmente, com relação ao domínio do meio ambiente todos os estudos obtiveram scores abaixo de 70 e, portanto, cabe destacar que, nos estudos realizados por Bampi et al. (2008) e de Noce et al. (2009), os scores foram de 49,61 e 53,85, respectivamente e, neste estudo e no de Parreiras (2008,) os scores foram de 62,01 e 63,46, respectivamente.

Os resultados encontrados sobre a percepção da qualidade de vida mostraram a importância da prática de alguma atividade física regularmente na

medida em que a mesma gera uma variedade de benefícios nos aspectos psicológicos, sociais, fisiológico e dentre outros, conforme discussão feita na revisão bibliográfica. Cabe destacar que a atividade física torna as pessoas mais ativas e independentes, proporciona melhorias nas condições de vida das pessoas com deficiência e vem contribuindo para que essas pessoas reduzam os efeitos das suas limitações funcionais e tenham uma boa percepção de qualidade de vida. Corroborando, Noce (2008) em seu estudo realizado com atletas praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas e com os que não praticantes, concluiu que as pessoas que praticam o esporte demonstram um melhor nível da qualidade de vida se comparado com os que não praticam.

### **3.2 - Características Socioeconômicas**

Quando se analisa a escolaridade dos atletas pesquisados, segundo dados relacionados na Tabela 5, observa-se que 39,83% declararam possuir o ensino fundamental, dentre os quais 22,88% declararam que possuíam o 1º grau incompleto e 16,95% dos atletas declararam possuir o 1º grau completo. No ensino médio encontram-se 45,77% dos atletas, com 33,06% que declararam possuir o 2º grau completo e 12,71% que declararam possuir o 2º grau incompleto. Finalmente, no ensino superior encontram-se 14,40% do total dos entrevistados, sendo que 3,95% dos atletas declararam possuir o 3º grau completo e 10,45% dos atletas declararam possuir o 3º grau incompleto. Assim, constata-se que a maioria dos atletas (60,17%) declarou que possuíam o ensino médio e o superior, demonstrando um bom nível de escolaridade dos mesmos. Conforme dados apresentados pela FEBRABAN (2006), em relatório intitulado “População com deficiência no Brasil: fatos e percepções”, constata-se que 31% dos cidadãos com deficiência possuem entre 8 a 12 anos de estudo.

Comparando a escolaridade dos atletas pesquisados, neste trabalho, com os atletas ou pessoas com deficiência pesquisados em outros estudos, como: Parreiras (2008), Noce et al. (2009) e Bampi (2008), percebe-se que, conforme dados disponibilizados na Tabela 5, há diferenças significativas entre os estudos. Quando se relaciona o estudo desenvolvido neste trabalho e o de Parreiras

(2008), que tiveram como amostra atletas Paralímpicos Brasileiros, constata-se que o nível de escolaridade é maior em relação aos outros estudos que foram realizados com pessoas com lesão medular e jogadores de basquetebol de cadeira de rodas.

De acordo com IBGE (2010) 24,82% da população adulta Brasileira têm em média 11 anos de estudo e 15,98% possuem mais de 11 anos de escolarização. Assim, ao comparar esses dados com os dados das entrevistas realizadas nesse trabalho pode-se concluir que os atletas possuem um bom nível de escolaridade quando se verifica que há um percentual de 45,33% dos entrevistados que possui uma média de 11 anos de estudo e 16,35% dos atletas declararam ter mais de 11 anos de escolarização.

**Tabela 5 - Comparação do nível de escolaridade dos atletas com outros estudos**

Escolaridade	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fundamental	141	39,83	14	70,00	22	15,28	59	53,20
Médio	162	45,77	5	25,00	75	52,08	33	29,70
Superior	51	14,40	1	5,00	47	32,68	19	17,10
Total	354	100	20	100	144	100,04	111	100

1 - Pesquisa Própria 2011, 2 – Noce et al. (2009), 3 - Parreiras (2008), 4 - Bampi (2008)

De acordo com os dados relacionados na Tabela 6, quando se analisa a condição de trabalho-se os atletas pesquisados estão trabalhando ou não, verifica-se que 60,74% dos atletas declararam que não trabalham e 39,26% declararam que estavam trabalhando no período da pesquisa. Observa-se que este dado não é muito diferente em relação à média nacional, dado que, conforme números apresentados por FEBRABAN (2006) constatam-se que 38,30% das pessoas com deficiências físicas entrevistadas possuíam um emprego formal e, portanto, conclui-se que, em relação aos resultados deste trabalho, nota-se percentuais parecidos com a média nacional.

Outra questão importante é relacionar o nível de escolaridade dos atletas com o nível de ocupação. Conforme dados da Tabela 6, verifica-se que é baixo o percentual de atletas com menor nível de escolaridade que trabalham, ou seja, 19,42% dos atletas que declararam trabalhar possuíam apenas o ensino

fundamental. Por outro lado, nota-se que, entre os atletas que estavam cursando ou concluíram o segundo grau, 53, 24% estavam trabalhando e, finalmente, tem-se que 27,34% dos atletas que estavam trabalhando cursavam ou concluíram o terceiro grau.

**Tabela 6** - Relação de trabalho conforme a escolaridade do atleta.

Escolaridade	Trabalha				Total	Total
	Sim	%	Não	%	n	%
1º Grau Incompleto	14	10,07	67	31,16	81	22,88
1º Grau completo	13	9,35	47	21,86	60	16,95
Total	27	19,42	114	53,02	141	39,83
2º Grau Incompleto	19	13,67	26	12,09	45	12,71
2º Grau Completo	55	39,57	52	24,19	117	33,06
Total	74	53,24	78	36,28	162	45,77
3º Grau Incompleto	24	17,27	13	6,05	37	10,45
3º Grau Completo	14	10,07	10	4,65	14	3,95
Total	38	27,34	23	10,70	51	14,40
Total	139	100	215	100	354	100

Conclui-se que os atletas com melhor índice de escolaridade estão com maiores índices de trabalhadores, ou seja, 80,48% dos atletas que trabalhavam estavam cursando ou concluíram o segundo e terceiro graus, e apenas 19,42% dos atletas que trabalhavam estudaram até o primeiro grau completo. Corroborando com esse estudo identifica-se que, conforme Camargos Borges (2005) em pesquisa realizada com 3574 pessoas com deficiência, a maioria afirmou não trabalhar apresentou nenhuma ou baixa escolaridade, sendo que parcela significativa que não trabalhava possuía apenas o 1º Grau Incompleto.

Na Tabela 7 ao analisar a renda individual dos atletas entrevistados neste trabalho, observa-se que uma parcela significativa de atletas (62,72%) recebia até dois salários mínimos e, em meio a essa parcela, constata-se que 28,53% declararam que recebiam uma renda individual de apenas um salário mínimo enquanto 34,19% declararam que recebiam entre um a dois salários mínimos. Além disso, pode-se também observar que 11,58% dos atletas declararam que recebiam entre dois a cinco salários mínimos; 3,39% declararam que recebiam

entre cinco a dez salários mínimos, e apenas 1,69% declararam que possuíam renda entre dez a 30 salários mínimos. Finalmente, cabe registrar que, do total dos entrevistados, 20,62% atletas declararam que, além de não trabalharem, também não possuíam nenhum tipo de renda individual.

**Tabela 7** - Distribuição de frequências e porcentagens dos atletas, de acordo com a renda individual e familiar.

Em salário mínimo	Renda individual		Renda Familiar	
	Total		Total	
	n	%	n	%
Até 1	101	28,53	25	7,06
De 1,01 a 2	121	34,19	123	34,75
Total	222	62,72	148	41,81
De 2,01 a 5	41	11,58	144	40,68
Total	41	11,58	144	40,68
De 5,01 a 10	12	3,39	47	13,28
De 10,01 a 30	6	1,69	13	3,67
Total	18	5,08	60	16,95
De 30,01 a 50	-	-	2	0,56
Não trabalham	73	20,62	-	-
Total	354	100	354	100

Com o quadro semelhante FEBRABAN (2006) demonstra que 64,6% das pessoas com deficiência recebem até dois salários mínimos, configurando quase dois terços do total da população com deficiência no Brasil. Ainda de acordo com a FEBRABAN (2006) são quatro os fatores que contribuem para que as pessoas com deficiência tenham renda baixa, 1 - o baixo nível de qualificação; 2 - o número elevado de inativos e aposentados; 3 - a falta de acessibilidade universal, e 4 - o aspecto cultural, que é um fator impeditivo.

De acordo com a FEBRABAN, quando se afirma que a baixa qualificação é um dos fatores que justificam o baixo nível de renda das pessoas com deficiência pode-se constatar que neste trabalho a afirmação nem sempre se confirma dado que os resultados encontrados nas entrevistas demonstram que apesar do bom nível de escolaridade destes atletas não há um bom reflexo na determinação de

sua renda quando a maioria dos mesmos recebem até 2 salários mínimos. Assim, pode-se concluir que há outros fatores que estão contribuindo para o baixo rendimento das pessoas com deficiência, ou seja, concordando com o estudo desenvolvido pela FEBRABAN, há outras questões influenciando como a falta de acessibilidade, o aspecto cultural e o alto número de inativos e aposentados.

Entretanto, segundo IBGE (2010), as pessoas com maiores níveis de escolaridade, possuem melhores oportunidades de inserção no mercado de trabalho, ou seja, verifica-se que as pessoas que têm uma escolaridade de pelo menos 11 anos de estudo, correspondendo ao ensino médio, conseguem vaga no mercado dado que normalmente a exigência é desse nível de estudo em praticamente todos os postos de trabalho no mercado formal. Portanto, é importante a conscientização dos atletas de que a sua inserção no mercado de trabalho tem uma relação direta com o seu nível de escolaridade dado a exigência desse mercado.

Quando se analisa a renda mensal familiar dos atletas, considerada como a soma dos rendimentos mensais dos membros da família, incluindo a renda individual do mesmo, observa-se que os dados da Tabela 7 indicam que 41,81% dos atletas declararam possuir uma renda familiar de até dois salários mínimos e, dentre eles, tem-se que 7,06% informaram ter renda familiar de até 1 salário mínimo e 34,75% possuíam renda familiar entre 1,01 a 2 salários mínimos. Além disso, do total pesquisado, nota-se que 40,68% dos atletas possuíam renda familiar entre 2,01 a 5 salários mínimos; 13,28% entre 5,01 a 10 salários mínimos; 3,67% possuíam renda familiar entre 10,01 a 30 salários mínimos, e apenas 0,56% possuíam renda familiar entre 30,01 a 50 salários mínimos.

Em relação à renda familiar também foi possível relacionar os dados desta pesquisa com o estudo realizado por Parreiras (2008). Nesse estudo, a autora afirma que há predominância de 86% dos atletas que possuíam uma renda familiar de até seis salários mínimos, fazendo com que esse dado não fosse muito diferente daquele registrado nesta pesquisa no qual os dados mostram que 82,49% declararam que tinham renda familiar de até cinco salários mínimos.

O nível de renda está fortemente associado à percepção de qualidade de vida e por meio desta o sujeito é capaz de satisfazer suas expectativas pessoais e



sociais na medida em que ao se sentirem mais capazes podem adquirir os diversos bens de serviços e alcançar um maior nível de satisfação pessoal e familiar.

É importante ressaltar que, no apêndice D deste trabalho é possível visualizar informações mais detalhadas sobre as características e o perfil da amostra pesquisada. No apêndice F, informações mais detalhadas sobre a escolaridade dos atletas.

### **3.3 - Condições Clínicas: Antecedentes Pessoais, Etiologia da Deficiência, Tempo de Lesão e Uso de Fármacos.**

Sobre as condições clínicas buscou-se saber se os atletas possuíam algum tipo de antecedente pessoal e, de acordo com a Tabela 8, verificou-se que 71,75% dos atletas pesquisados declararam não apresentar nenhum tipo de antecedente pessoal. Entre os que declararam apresentar antecedentes destacaram-se 11,02% com alergia, 6,21% com hipertensão arterial e 3,39% com asma. Assim, constata-se que a maioria dos atletas não possui nenhum tipo de antecedente pessoal e, conforme já dito no capítulo de revisão sobre os diversos benefícios e a importância de ter uma atividade física regular na manutenção da saúde, é importante salientar que estes atletas podem se tornar referência aos outros que estão fora da atividade física e os mesmos passarem a buscar os benefícios que a mesma proporciona à saúde e também melhorar os aspectos motores e a sua composição corporal.

De acordo com a Tabela 8, quando se trata de analisar a etiologia da deficiência merece destaque o percentual de 39,27% dos atletas que declararam que a sua deficiência tem origem na má formação; 25,42% que declararam a origem dos acidentes; 12,99% que declararam que foi a Poliomielite a causa, e 6,78% declararam como origem da deficiência a amputação. Sobre o tempo de lesão destaca-se que 25,71% dos atletas declararam que aquisição da deficiência ocorreu há 16 a 20 anos atrás; 21,75% ocorreu há mais de 31 anos, e 12,99% declararam o tempo de 06 a 10 anos.

**Tabela 8** - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação a antecedentes pessoais, etiologia da deficiência, tempo de lesão.

Antecedentes Pessoais	n	%
Alergia	39	11,02
Asma	12	3,39
Diabetes Militus	5	1,41
Doença cardiaca	11	3,11
Epilepsia	11	3,11
Hipertensão arterial	22	6,21
Não apresentaram	254	71,75
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>
Etiologia da deficiência	n	%
Acidente	90	25,42
Acidente de trabalho	2	0,56
Amputação	24	6,78
AVC	5	1,41
Câncer	2	0,56
Esclerose Múltipla	1	0,28
Má formação	139	39,27
Microcefalia	1	0,28
Mielo	5	1,41
Nanismo	6	1,69
Osteosarcoma	1	0,28
Outras	18	5,08
Poliomielite	46	12,99
Talidomida	1	0,28
TCE	2	0,56
Trauma	9	2,54
Trombose	2	0,56
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>
Tempo da lesão	n	%
De 0,1 a 5 anos	30	8,47
De 6 a 10 anos	46	12,99
De 11 a 15 anos	44	12,43
De 16 a 20 anos	91	25,71
De 21 a 25 anos	40	11,30
De 26 a 30 anos	26	7,34
Mais de 31 anos	77	21,75
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>

Quando se analisa os resultados da pesquisa referente o uso de fármacos é importante destacar que o objetivo foi buscar informações sobre se os atletas faziam uso de tabaco, consumiam álcool ou faziam uso de outras drogas. Assim, na Tabela 9, ao analisar o consumo de tabaco os dados mostram que 83,90% dos atletas declararam que nunca fizeram uso deste até o período da pesquisa, 12,99% declararam que foram usuários no passado e apenas 3,11% declararam que fazem uso de tabaco, atualmente. Diante destes dados identifica-se que, entre os atletas pesquisados, há um baixo nível de usuários de tabaco e, portanto, pode-se concluir que os mesmos demonstram ter conhecimento dos prejuízos que este uso pode provocar no seu estado físico, prejudicando o seu rendimento como atleta. Corroborando, Carlini (2001) afirma que o consumo de tabaco traz alguns efeitos fisiológicos ao indivíduo como uma sensação de relaxamento, que é provocada pela diminuição do tônus muscular, aumentando o batimento cardíaco e a frequência respiratória, ao mesmo tempo em que provoca uma queda da contração do estômago, dificultando a digestão.

Quando se analisou os dados sobre o uso de fármacos não foi possível realizar um estudo mais aprofundado sobre a relação do uso de tabaco com a saúde dos atletas pesquisados. Os resultados mostram que este consumo ainda não é preocupante dado o baixo percentual de atletas usuários de tabaco, mas é necessário conscientizá-los dos riscos desse consumo mais abusivo. Sobre a comparação dos dados dessa pesquisa com outros estudos não foi possível dado que não foi encontrado um trabalho similar a este na medida em que aqui buscou-se informações se há ou não o uso de tabaco que pudesse ser mais preocupante. Na revisão bibliográfica todos os estudos que tratam deste assunto foram na sua maioria no processo de reabilitação e as suas consequências. Na revisão bibliográfica concluiu-se que a atividade física regular contribui no processo cessação desse consumo em todos os sentidos mais não foi possível encontrar nenhum artigo que afirmasse que a atividade por se só seria o suficiente neste processo.

**Tabela 9** - Distribuição de freqüências e porcentagens de respostas dos atletas com relação ao uso de tabaco consomem de álcool e outras drogas.

Uso de Tabaco	Total	
	n	%
Nunca usou	297	83,90
Usa atualmente	11	3,11
Usou no passado	46	12,99
Total	354	100
Consumo de Álcool	n	%
De vez em quando	76	21,47
Consumem freqüentemente	6	1,69
Consumiram no passado	34	9,60
Não consomem	238	67,24
Total	354	100
Outras drogas	n	%
Sim	1	0,28
Não	353	99,72
Total	354	100

Há estudos que relaciona a prática da atividade física não como um meio para combater o uso do tabaco, mas como uma atividade que pode contribuir com o individuo no período de cessação dessa dependência. Dentre esses estudos podem-se destacar os realizados por: MARCUS et al., (1999), ONU (2003), USSHER et al. (2003 e 2008), AUDRAIN-MCGOVERN (2003).

Sobre o consumo de álcool nesta amostra verifica-se que a maioria dos atletas não faz uso desta substância, ou seja, 67,24% atletas declararam que não consumiam álcool; 21,47% declararam que consumiam álcool de vez em quando; 1,69% consumiam álcool frequentemente, e 9,60% dos pesquisados declararam que foram consumidores no passado.

Na Tabela 9, os dados mostram um fato preocupante referente ao consumo de álcool quando se constata que quase um quarto dos atletas pesquisados consome álcool de vez em quando ou frequentemente. Segundo Carlini (2001), a transição do beber de forma moderada para o beber de forma problemática pode levar algum tempo, portanto, deve ser trabalhado um programa de conscientização sobre os prejuízos decorrentes do consumo de álcool, principalmente quando o referido vício pode acarretar problemas graves na

carreira de atleta. Neste mesmo sentido, Souza et al. (2007) destaca que o atleta que consome álcool pode ter algumas alterações na performance como também aumentar a possibilidade de sofrer lesões. Conforme Bombardier et al. (2004), o consumo de álcool pode prejudicar o atleta no processo de recuperação das lesões.

Entre outros danos relacionados ao consumo de álcool, de acordo com Brasil (2004), verificam-se os prejuízos causados ao fígado, com conseqüente degeneração do mesmo, a hepatite e a cirrose. Observa-se também que, no sistema digestivo, o uso do álcool contribui para o aparecimento das úlceras gástricas, do câncer de colón, pancreatite, hipoglicemia e a diabetes. No sistema circulatório verifica-se que o consumo de álcool afeta o mecanismo que regula a pressão sanguínea, e no sistema endócrino, pode causar uma série de doenças hormonais, entre outras.

Segundo Marques (2009), o consumo de álcool pode provocar dois efeitos bem distintos ao ser, ao mesmo tempo, estimulante e depressor. Carlini (2001) afirma que, além dos efeitos depressores, observa-se também a falta de coordenação motora, o descontrole e a perda de sono.

Além dos problemas psicomotores que o consumo de álcool pode provocar, de acordo com Brasil (2004), afirma-se que este consumo pode acarretar uma série de complicações como problemas psicológicos e psiquiátricos (agressividade, depressão, ansiedade), sociais e interpessoais (conflitos familiares com companheiro e no ambiente de trabalho) e emocional.

Apesar de ter sido citado vários estudos sobre os efeitos do consumo de álcool e tabaco observa-se que são poucos os estudos que fazem a relação do consumo de álcool e o uso de tabaco e o seu impacto nos atletas com deficiência. Portanto, é importante ressaltar que foi baixo o número de atletas neste estudo que declaram fazer o uso de tabaco e consumir álcool e, assim, pode-se considerar que o nível de escolaridade desses atletas pode ter sido um elemento importante para não ter este uso e consumo. Além disso, o próprio conhecimento dos prejuízos que este consumo pode trazer ao rendimento esportivo dos mesmos, nas questões de saúde e nos aspectos físicos e emocionais, conforme já discutido no capítulo dois, deve ter influenciado nessa decisão, embora na

revisão bibliográfica se afirma que a atividade física não é um fator importante na cessação do consumo de álcool e o uso de tabaco, mas pode colaborar para o não consumo.

Ainda na Tabela 9, quando perguntados sobre o uso de outras drogas, verifica-se que apenas um atleta declarou ser consumidor de algum tipo de droga, correspondendo a 0,28% dos atletas pesquisados. Portanto, um total de 99,78% declarou que não faziam uso da mesma.

É importante ressaltar que, no apêndice e deste trabalho é possível visualizar informações mais detalhadas sobre as Condições de saúde: se a deficiência foi adquirida, se o mesmo está em tratamento médico e fisioterapêutico, se faz uso de medicamento e se já foi hospitalizado.

### **3.4 - Relações da Percepção da Qualidade de Vida com as Características Socioeconômicas e com as Condições Clínicas.**

O conceito de qualidade de vida atualmente é bastante popular, tornando-se um objeto de estudo de diversas áreas de estudo, ao mesmo tempo em que cada indivíduo percebe a sua qualidade de vida de uma forma bem individualizada. Além disso, são vários os fatores que influenciam diretamente na percepção da qualidade de vida, incluindo diversas variáveis como: sua percepção de saúde, renda, escolaridade, ambiente, relações pessoais, sensação de bem estar e satisfação própria, dentre outras.

Ao analisar a relação da percepção da qualidade de vida com as características socioeconômicas e com as condições clínicas, os resultados obtidos foram satisfatórios sobre a percepção de qualidade de vida dos atletas. Assim, é importante buscar entender alguns fatores que podem estar relacionados diretamente com os domínios Físico, Psicológico, Social e do Meio Ambiente. Portanto, além de realizar uma relação entre os domínios, busca-se verificar as correlações entre estes domínios da qualidade de vida com o nível de escolaridade, renda individual e familiar e uso de fármacos.

O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado com o objetivo de verificar a existência ou não de correlação, estatisticamente significativa, entre o score obtido pelos sujeitos nos quatro domínios do questionário WHOQOL-BREF

e o nível de escolaridade, renda individual e familiar e entre eles. Para tanto, o nível de significância foi estabelecido em 0,05, em um teste bilateral.

Conforme resultado relacionado na Tabela 10 observa-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o score obtido pelos sujeitos no domínio do Meio Ambiente e com relação ao nível de escolaridade. Diante disto, pode-se concluir que o atleta com mais escolaridade é capaz de gerar uma melhor adaptação ao meio ambiente. Isto indica que, quanto maior o nível de escolaridade, melhor a percepção do atleta em relação ao meio ambiente, e está correlação também pode ser considerada inversamente proporcional. As correlações entre escolaridade e qualidade de vida são positivas, ou seja, há uma disposição para que a percepção da qualidade de vida seja mais positiva por parte dos atletas com maiores níveis de escolaridade.

De acordo com os resultados demonstrados na Tabela 10, foram encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre os scores obtidos pelos sujeitos nos domínios psicológico e do meio ambiente em relação à renda individual. Nesse sentido, pode-se concluir que os atletas que possuem melhor renda individual possuem uma melhor percepção nos domínios psicológico e do meio ambiente, e, além disso, estas correlações estão inversamente proporcionais, ou seja, se a renda diminui a percepção nos dois domínios também diminui.

Ao considerar que o domínio do meio ambiente trata de questões relacionadas à segurança física, renda individual, oportunidades de adquirir informações, recreação e lazer e a saúde, esta associação pode ser explicada pelo fato de que essas variáveis comprovaram a maior exposição do atleta a falta de alguns bens de consumo como moradia, acesso a saúde, melhores condições de transporte e dentre outros. Ao mesmo tempo estas condições podem influenciar diretamente nas questões relacionadas com o domínio psicológico.

Considerando que os atletas que possuem melhor renda não utilizam os serviços públicos de transporte e saúde e também podem ter mais oportunidades de lazer percebe-se que os mesmos podem se relacionar melhor com o Meio Ambiente e, portanto, podem influenciar positivamente no seu aspecto

Psicológico, melhorando alguns aspectos individuais como a auto-estima, segurança e possibilidades de lazer.

**Tabela 10** - Valores de  $r_s$  e das probabilidades a eles associadas, obtidos quando da aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman aos scores obtidos pelos Atletas nos quatro domínios do teste WHOQOL-BREF e o nível de escolaridade, renda individual e Familiar e entre os domínios.

Variáveis Analisadas	Valores	de Probabilidades
Domínio Físico x Escolaridade	0,026	0,625
Domínio Psicológico x Escolaridade	0,066	0,219
Domínio Social x Escolaridade	0,018	0,73
Domínio Meio Ambiente x Escolaridade	0,142	0,008*
Domínio Físico x Renda Individual	0,046	0,389
Domínio Psicológico x Renda Individual	0,13	0,014*
Domínio Social x Renda Individual	0,09	0,09
Domínio Meio Ambiente x Renda Individual	0,127	0,017*
Domínio Físico x Renda Familiar	0,173	0,001*
Domínio Psicológico x Renda Familiar	0,135	0,011*
Domínio Social x Renda Familiar	0,114	0,033*
Domínio Meio Ambiente x Renda Familiar	0,335	0,000*
Domínio Físico x Domínio Psicológico	0,492	0*
Domínio Físico x Domínio Social	0,379	0*
Domínio Físico x Domínio Meio Ambiente	0,536	0*
Domínio Psicológico x Domínio Social	0,385	0*
Domínio Psicológico x Domínio Meio Ambiente	0,504	0*
Domínio Social x Domínio Meio Ambiente	0,442	0*

(\*)  $p < 0,05$

Sobre a renda familiar a correlação positiva é estatisticamente significativa entre os scores obtidos pelos atletas nos quatro domínios e com a renda familiar. Assim, fica evidente que na medida em que os valores da renda familiar aumentam, as percepções nos domínios melhoram e são também inversamente correlacionadas.

Importante destacar que em outros estudos realizados com pessoas com deficiência não foi encontrada nenhuma análise ou correlações do nível de escolaridade com a renda individual e familiar, tampouco com a percepção de qualidade de vida, não sendo possível, portanto, fazer um paralelo deste estudo com os mesmos.

Analisando as correlações entre os domínios da qualidade de vida constata-se que os entrevistados possuem uma boa percepção de qualidade de vida e também se verifica uma relação direta e positiva entre os domínios, conforme os resultados demonstrados na Tabela 10. Destaca-se que foram



encontradas correlações positivas, estatisticamente significantes, entre todos quatro domínios (Físico, Psicológico, Social e do Meio Ambiente) analisados. Neste sentido, pode ser evidenciado que os quatro domínios estão relacionados um com outro e, portanto, conclui-se, que na medida em que um dos domínios melhora o seu nível de percepção, o outro melhora proporcionalmente em sua relação, e esta relação também está inversamente proporcional.

Pode-se afirmar que os domínios apresentaram correlações positivas e, ao mesmo tempo, não se pode afirmar que há influência de um domínio em relação ao outro. Se uma correlação alta (próxima de 1 ou -1) pode indicar forte dependência linear entre as variáveis, uma correlação zero ou próxima de zero indica ausência de linearidade e, portanto, significa que os domínios da qualidade de vida são igualmente constantes, ou seja, se um diminui o outro também.

Outra correlação com os domínios da qualidade de vida que este estudo se propôs realizar foi com o uso ou consumo de fármacos. Na tentativa de fazer a existência ou não de correlações entre os scores obtidos pelos Atletas nos quatro domínios do questionário WHOQOL-BREF com o uso de tabaco e outros tipos drogas e o consumo de álcool, não foi possível realizar a análise dos dados, devido às baixas freqüências encontradas na pesquisa de usuário de tabaco e outras drogas e de consumidores de álcool nesta amostra. Segundo Escobedo et al. (1993) o baixo consumo do tabaco, por exemplo, pode dificultar a identificação de associação entre atividade física e tabagismo.

De acordo com a discussão no capítulo 2, sobre os benefícios da atividade física, concluí-se que na medida em que se pratica algum tipo de atividade física regularmente esta proporciona vários benefícios. Portanto, por meio deste estudo observa-se que as pessoas que praticam atividade física conseguem lidar melhor com todas as variáveis que podem contribuir na percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida. Em relação ao domínio físico verifica-se uma melhora nas suas AVDs, na capacidade para o trabalho e em relação a sua saúde. No domínio meio ambiente a atividade física tem pouca influência na medida em que o mesmo envolve vários fatores que não depende exclusivamente destas pessoas, e sim a sua relação com meio como: acessibilidade, transporte equipamento de saúde e ambiente físico e dentre outros. Porém, é importante ressaltar que a

prática de atividade física proporciona o contato com outros indivíduos fora do seu ciclo familiar e conseqüentemente proporciona uma boa relação para com as outras pessoas, trazendo benefícios nos domínios psicológicos e sociais quando aumenta a sua auto-estima, bem estar pessoal, estado emocional, a interação social, estilo de vida e vários outros benefícios nesta área.

Diante disto pode-se afirmar que a prática de uma atividade física, que nesta amostra envolveu três modalidades esportivas (atletismo, halterofilismo e natação), juntamente com o bom nível de escolaridade e o não uso de fármacos, contribuíram para que estes atletas tenham uma boa percepção de qualidade vida. Sendo assim, afirma-se que o movimento humano é uma necessidade homem e a atividade física proporciona aos seus praticantes vários benefícios físico, emocional e social.

#### **IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho buscou contribuir na área dos estudos de qualidade de vida da pessoa com deficiência, apresentando dados referentes às variáveis como o nível de escolaridade, renda individual e familiar, sobre as condições clínicas, consumo ou uso de fármacos, que podem contribuir ou se relacionar com a percepção de qualidade de vida dos atletas pesquisados.

A percepção sobre a qualidade de vida, embora tenha um aspecto subjetivo, é uma noção pessoal de bem estar social fundamentada na visão pessoal do sujeito em relação à quantidade de bens e serviços disponibilizado a ele, de maneira especial acessível àqueles que por hora não podem adquiri-los.

Sobre a qualidade de vida foi encontrada correlação positiva entre os quatro domínios da percepção de qualidade de vida dos atletas pesquisados. Dos quatro domínios, três deles (Físico, Psicológico e o Social) ficaram acima de setenta pontos de média e, portanto, pode-se concluir que os atletas pesquisados têm uma boa percepção de qualidade de vida.

Os resultados apresentados e discutidos neste estudo permitem demonstrar que o domínio meio ambiente apresentou-se como um ponto vulnerável na percepção de qualidade de vida dos atletas pesquisados e, conforme já foi discutido anteriormente, este domínio se mostra vulnerável não só com os indivíduos com deficiência. Diante disto, percebe-se a importância da implementação de políticas públicas que referem-se ao conjunto de ações governamentais que visam retratar o direção da política estatal e regulam as tarefas de interesse público que devem ser condizentes com as necessidades dessas pessoas nos diversos níveis sociais, incluindo ações de intervenção na busca de melhor qualidade de vida. As políticas públicas devem assegurar a todas às pessoas educação, prática esportiva, saúde, transporte, saneamento, moradia, opções de lazer, acessibilidade e trabalho, permitindo uma melhor percepção da qualidade de vida desses atletas.

Com relação à escolaridade dos atletas pode-se destacar que os atletas pesquisados apresentaram bom nível de escolaridade. É importante destacar que os dados socioeconômicos destes indivíduos, aliados com elevado nível de

escolaridade, conforme visto no capítulo de resultados e discussão, demonstram que uma boa parte dos atletas possuem em média 11 anos ou mais na escola e, diante deste fato, o nível de escolaridade pode ter colaborado com os resultados encontrados neste estudo referente a boa percepção de qualidade de vida desses atletas.

Embora os resultados da pesquisa demonstrem que há um baixo índice de pessoas pesquisadas que fazem uso de tabaco e álcool não se pode negar que este dado seja preocupante na medida em que o referido uso causa grande prejuízo para as pessoas e que, principalmente nos atletas, o consumo dessas substâncias podem prejudicar a sua performance. Nesse sentido, é importante a realização de ações que visem reduzir o consumo destas substâncias dado que o seu uso não combina com a prática da atividade física. Diante disto, os dados mostraram que estes atletas não fazem uso destas substâncias, apesar de não ser possível concluir que a atividade física possa contribuir para o não uso dessas substâncias. Como os dados apresentaram um bom nível de escolaridade desses sujeitos, pode-se afirmar que os mesmos possuem informações suficientes e necessárias sobre os prejuízos que uso dessas substâncias pode acarretar, como, por exemplo, uma queda na performance frente as competições que vierem participar e também na sua vida diária.

Foi possível também identificar que a prática de atividade física regularmente contribui para uma boa percepção da qualidade de vida dos atletas pesquisados e, dessa forma, destaca-se a extrema importância da prática da atividade física orientada para a melhora da percepção da qualidade de vida dessa população. Considera-se que a atividade física é promotora de uma participação social ativa tornando-se uma importante ferramenta, uma vez que diversos estudos têm demonstrado as suas conseqüências positivas sobre a saúde dessa população. Portanto, é importante facilitar o acesso das pessoas com deficiência às atividades esportivas e de lazer e também nas atividades culturais, proporcionando uma convivência social por meio da prática da atividade física.

Finalmente, sugere-se que novos estudos devem ser desenvolvidos com a perspectiva de abordar com maior profundidade as questões sobre a qualificação

dos profissionais que trabalham com estas pessoas, acessibilidade, estudo comparativos com pessoas que não praticam atividade física, com modalidade individual e coletiva, na perspectiva de compreender melhor a percepção de qualidade de vida destas pessoas com deficiência física.

## V - REFERÊNCIAS

ADMIX CONSULTORIA. **Programa de Promoção à Saúde. Sedentarismo.** Abril de 2010. Disponível. <http://www.admix.com.br/gestao-de-beneficios-programa-de-promocao-a-saude.asp>. Data de acesso: 07 de março de 2011.

ANNEKEN,V. et al.. Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. **Spinal Cord.** v.48, 393-399 (May 2010).

ARAGÃO, J. C. B; DANTAS, E. H. M; DANTAS, B. H. A. Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro. v.1, n.3, p.29-37, Mai/jun 2002.

ARAÚJO, A. **O que é exercício físico.** Texto disponível no site: <http://araujofitness.webnode.com.pt/news/o-que-e-exercicio-fisico/>. Data de acesso em 18 de novembro de 2011.

ARAÚJO, D. S. M. S. de; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte.** Niterói. v.6. n. 5. Out. 2000. ISSN 1517-8692.

ASSUMPÇÃO JR, F. B. et al. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI-Autoquestionnaire qualité de vie enfant image). Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arquivo Neuro-Psiquiatria.** São Paulo. v. 58. n. 1. Març. 2000.

AUDRAIN-MCGOVERN J, RODRIGUEZ D, MOSS H. B. Smoking progression and physical activity. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention.** v.12. p. 1121-1129. Published online December 1, 2003. Data de acesso, 20 de setembro de 2011.

BAGNARA, I. C. Educação Física e esporte adaptado para as pessoas com deficiência Física. **Revista Digital.** n.148. 2010.

BALCON, W. B. Athlets With physical and cognitive disabilities. **Sports Medicine** Disponível no site <https://www.csms.org/upload/files/sportsmed/SportsMedJun2003>. Data de acesso 12 de Agosto de 2011.

BAMPI, L. N. da S. GUILHERM, D. and LIMA, D. D. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-BREF. **Revista Brasileira Epidemiologia.** [online]. 2008. V.11, n1,p.67-77. 2008. ISSN 1415-790X.

BARBANTE, V. **O que é Educação Física.** Disponível no site: <http://www.eeferp.usp.br/paginas/docentes/Valdir/O%20que%20e%20Educacao%20Fisica.pdf>. Data de acesso em 06/12/2011.

BARROS, L. et al.. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes – revisão da literatura. Quality of life assessment for adolescents: a literature review. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 57, n. 3, p. 212-217. 2008.

BARROS NETO, T. L. de. TEBEXRENI, A. S., TAMBEIRO, V. L. Aplicações práticas da ergoespirometria no atleta. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. Estado de São Paulo, vol. 11, n. 3, p. 695-705 maio/junho, 2001.

BARROS NETO, T. L. de. **Sedentarismo**. Disponível no site: [http://emedix.uol.com.br/doi/mes001\\_1f\\_sedentarismo.php#texto1](http://emedix.uol.com.br/doi/mes001_1f_sedentarismo.php#texto1). Data de acesso em 11/01/2012.

BOMBARDIER, C. H. STROUD, M. W. ESSELMAN, P. C. RIMMELE, C. T. Do preinjury alcohol problems predict poorer rehabilitation progress in persons with spinal cord injury? **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. v. 85. n. 9, p. 1488-1492. 2004.

BRASIL. Brasil Acessível, Programa Brasileiro de acessibilidade Urbana. **Caderno Implementação DO Decreto Nº 5.296/04 - Para Construção da Cidade Acessível**. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana - Ministério da cidade. Disponível em <http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/transporte-e-mobilidade/arquivos/Brasil%20Acessivel%20-%20Caderno%203.pdf>. Data de acesso, 14 de março de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAZUNA, M. R.. DE CASTRO, E. M. A Trajetória do Atleta Portador de Deficiência Física no Esporte Adaptado de Rendimento. **Uma Revisão da Literatura**. **Motriz**. V. 7, n.2, p. 115-123. Jul-Dez 2001.

CAMARGOS BORGES, Marlene M. (Coord.). **Levantamento de Informações Econômico-sociais das Pessoas Portadoras de Deficiência no Município de Uberlândia/MG**. Relatório de Pesquisa. Uberlândia: CEPES/IEUFU, 2005. 107p.

CARDOSO, V. D. et al.. A motivação de pessoas com deficiência para a prática do esporte adaptado. **Revista Digital**. Buenos Aires. Ano 15, n. 146. 2010. Disponível <http://www.efdeportes.com>. Data de acesso, 14 de set de 2011.

CARLINI, E. A. et al.. Drogas psicotrópicas – O que são e como agem. **Revista IMESC**. nº 3, p.9 – 35. 2001.

CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E., CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise and physical fitness. **Public Health Reports**, v. 100 n. 2, p.126-131.1985.

CASTRO, M. G. et al.. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Quality of life and severity of tobacco dependence. **Revista de Psiquiatria Clínica São Paulo**. v. 34, n. 2, p. 61-67. 2007. ISSN 0101-6083.

COSTA, A. M. da; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira Ciências & Movimento**. v.10. n.1, p.47-54. 2002.

COSTA, B. V. da. Et al.. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Motriz**. Rio Claro. v.15. n.1, p. 25-36. Jan/Mar. 2009.

COYLE, C. P. SANTIAGO, M.C. Aerobic exercise training and depressive symptomatology in adults with physical disability. **Archives Physical Medicine Rehabilitation**. v. 76. N. 7, p. 647-652. 1995.

COYLE, C. P. et al.. Secondary conditions and women with physical disabilities: a descriptive study. **Archives Physical Medicine Rehabilitation**. v. 81. n. 10, p. 1380-1387. Oct, 2000.

DEVILLARD X, R. D, ROCHE F, CALMELS P. Effects of training programs for spinal cord injury. **Annales Readaptation Medicine Physique**. V.50. n. 6, 490-498. Jul. 2007.

ELLIOT, T. R.; KURYLO, M; CHEN, Y.; HICKEN, B. Alcohol abuse history and adjustment following spinal cord injury. **Rehabilitation Psychology**, v. 47(3), p. 278-290. Aug 2002.

ESCOBETO L. G. et al.. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of amok us high school students. **Journal Of the American Medical Association**. v. 265. n. 11. p. 1391-1395. 1993.

**Estatística Uni e Multivariada, para teses e Dissertações**. Disponível no site: [http://www.slidefinder.net/A/An%C3%A1lise\\_Explorat%C3%B3ria\\_Dados\\_LIG\\_mai/mad114r8/30618226](http://www.slidefinder.net/A/An%C3%A1lise_Explorat%C3%B3ria_Dados_LIG_mai/mad114r8/30618226) . 2008. Data de acesso, em 19 de dezembro de 2011.

FEBRABAN. População com deficiência no Brasil fatos e percepções. **Coleção Febraban de inclusão Social**.2006.

FERREIRA, J. P. L, CAMPOS, M. J. C. **Principais benefícios do exercício e da prática desportiva regular em grupos com necessidades especiais**. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Portugal – Coimbra, Portugal. 2006. Disponível no site: <https://woc.uc.pt/fcdef/class/getbibliography.do?idyear=6&idclass=406>. Data de acesso, 18 de Abril de 2011.



FILOZOF, C. PINILLA M. C. Fernández-Cruz. Smoking cessation and weight gain. **Obesity Reviews**. v. 5. n. 2, p. 95 – 103. 2004.

FLECK M. P. A et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 21, n.1, jan./mar. 1999.

\_\_\_\_\_. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Saúde Pública [online]**. vol.33, n.2. 1999.

\_\_\_\_\_. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciências saúde coletiva [online]**. v.5, n.1. 2000.

\_\_\_\_\_. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". **Revista Saúde Pública [online]**. v.34, n.2. 2000.

FURMANIUK L, CYWINSKA-WASILEWSKA G, KACZMAREK D. Influence of long-term wheelchair rugby training on the functional abilities in persons with tetraplegia over a two-year post-spinal cord injury. **Journal of Rehabilitation Medicine**. v.42. n.7, p. 688-690. Jul. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar um Projeto de Pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo, Atlas. 1994.

GONÇALVES-SILVA, R. M. V. LEMOS-SANTOS M.G. BOTELHO, C. Influência do tabagismo no ganho ponderal, crescimento corporal, consumo alimentar e hídrico de ratos. **Jornal de Pneumologia**. v. 23. n. 3. 1997.

GORDIA, ALEX P.; QUADROS, TERESA M. B. de and CAMPOS, WAGNER de. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. **Ciências saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.6, pp. 2261-2268. ISSN 1413-8123.

GRAUD, A. et.al. Calidad de vida relacionada com a salud y consumo de tabaco. **Intervención Psicosocial**, v.16. n 1, p. 79-92. 2007. Issn 1132-0559

HEINEMANN, A. W.; GORANSON, N.; GINSBURG, K; SCHNOLL, S. Alcohol use and activity patterns following spinal cord injury **Reabilitação Psicologia**, v. 34 (3), p. 191-205. 1989.

HICKS AL; et al.. Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. **Spinal Cord**. n. 41, p. 34-43. 2003.

HSIUNG, PC. FANG, CT. CHANG, YY. CHEN, MY. WANG, JD. Comparison of WHOQOL-BREF and SF-36 in patients with HIV infection. **Quality Life Research**. v. 14. n.1, p. 141–150. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **Censo Demográfico, 2010**.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Síntese de indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**. n. 27. 2010

KEHN, M.; KROLL, T. Staying physically active after spinal cord injury: a qualitative exploration of barriers and facilitators to exercise participation. **BMC Public Health**, v.9, n.168, p. 1-11, 2009.

KLUTHCOVSKY, A. C.G. C. TAKAYANAGUI, Â. M. M.. Qualidade de vida – aspectos conceituais. Quality of life – conceptual issues. **Revista Salus**. Guarapuava-PR. v. 1. n. 1 jan./jun. 2007. ISSN 1980-2404.

KOSLOWSKY, M. Influências da atividade física no aumento da qualidade de vida. **EFDeportes**. Buenos Aires. Ano 10. N. 69. Fev, 2004.

KRAUSE . J.S. et al. Behavioral Risk Factors of Mortality After Spinal Cord Injury. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 90, n. 1, p. 95-101. 2009.

LACERDA, A.C. and CARDOSO, M. F. Smoking among Portuguese teenagers: assessing school, peer and family factors of vulnerability and protection. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v. 27, n. 2, p.17-25. 2009. ISSN 0870-9025.

LAHMEK, P.; et al. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme Int. **International Journal Medical Sciences**. n. 6, p. 160-167. 2009.

LIMA, Ana Flávia Barros da Silva. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool** – 2002. 90 f., enc.: il. Orientador: Prof. Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck e Co-orientador Prof. Dr. Flávio Pechansky. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Curso de Pós-graduação em Medicina: Clínica Médica.

MALTA DC. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, **Jornal Brasileiro de Pneumologia**.v. 36. n. 1. p. 75-83. 2010.

MARCUS, B. H. et al.. The Efficacy of Exercise as an Aid for Smoking Cessation in Women.A Randomized Controlled Trial. **Archives Internal medicine**. v. 159. n. 11 p. 1229-1234. 1999.

MARQUES, M. R. **Consumo de álcool entre trabalhadores da comunidade portuária de Salvador e Aratu: fatores de risco psicossocial e saúde mental.** Tese de mestrado. P. 111. Salvador: Fundação Visconde de Cairu, 2009.

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

MCVEIGH, S, SANDER, H. I. CATHY, 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. **The Journal of Spinal Cord Medicine.** v.32. n. 2, 115-124. Apr. 2009.

MELO, M. A. BOSCOLO, R. A. ESTEVES, A. M. TUFIK, S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte.** v. 11, nº 3, p.203-207. Mai/Jun, 2005.

MELONI, J. N. and LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** [online]. 2004, v. 26, supl.1, p. 7-10. 2004. ISSN 1516-4446.

MILBRADT, S. N. Influência da atividade física e sua relação com o sedentarismo em crianças e adolescentes em idade escolar. **Revista Digital.** v. 14. n. 132. 2009.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A. and BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciências & saúde coletiva [online].** v. 5. n.1, p. 7-17. 2000.

MORAES, S. A. de, SOUZA, J. M. P. do. Efeito dose-resposta de fatores de risco para a doença isquêmica do coração. **Revista Saúde .** v. 30, n. 5, p. 471-8. 1996.

MURAKI, S. et al.. The effect of frequency and mode of sports activity on the psychological status in tetraplegics and paraplegics. **J. Spinal Cord.** v. 38, n° 5, p. 309-314. 2000.

MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G. and BARBIERI, M. A.. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista de Saúde Pública [online].** vol.31, n.1, pp. 21-29. 1997. ISSN 0034-8910.

NIAAA, NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. **Alcohol and Development in Youth-A Multidisciplinary Overview,** v. 28, n. 3, 2004/2005

NOCE, F.. SIMIM, M. A. de M. MELO, M. T. de. A Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Deficiência Física pode ser Influenciada Pela

Prática de Atividade Física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** – v. 15, n. 3 – Mai/Jun, 2009.

NUNES, E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. N. 22-225-44. 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento**, 2003. COMPLETAR, ONDE? SITE, LIVRO?

ONU. Organização da Nações Unidas. **Esporte para o Desenvolvimento e a Paz: Em Direção à Realização das Metas de Desenvolvimento do Milênio Relatório da Força Tarefa entre Agências das Nações Unidas sobre o Esporte para o Desenvolvimento e a Paz**. Nações Unidas, 2003. Disponível no site: <http://www.pitangui.uepg.br/nep/documentos/ESPORTE%20E%20PAZ.pdf>

PARREIRAS, L. A. de M. **Análise dos fatores que influenciam a qualidade de vida de atletas paralímpicos em ambientes de treino e competição**. 96 f., enc.: il. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Bibliografia: f. 74 -82. 2008.

PEREIRA, P. de B. **Alcoolismo Fatos e Verdades**. 2008. Disponível no site: <http://www.monicadelimaazevedo.psc.br/artigos/Alcoolismo.asp>. Data do acesso 03/09/2011.

PEREIRA, R. J. et al. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande. Sul [online]. v. 28, n.1, pp. 27-38. 2006. ISSN 0101-8108.

PIERON, M. estilo de vida, prática de atividades físicas e esportivas, qualidade de vida. **Fitness & performance Journal**, v.3, n.1, p. 10-17. 2004.

PILLON, S. C. e LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. vol.12, n.4, pp. 676-682. 2004. ISSN 0104-1169.

PILUTTI, L.A. et al. Effects of 12 Weeks of Supported Treadmill Training on Functional Ability and Quality of Life in Progressive Multiple Sclerosis: A Pilot Study. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. Volume 92, Issue 1, p. 31-36. January 2011.

PINHO, V. D. de e OLIVA, Â. D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [online]. V. 3, n. 3, pp. 0-0. 2007 ISSN 1808-5687.

PISTELLI, F. AQUILINI, F. CARROZZI, L. Weight Gain after Smoking Cessation. **Monaldi Arch Chest Dis**. v. 71. n. 2, p. 81-87. 2009.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília. v.10 n. 3. julho 2002.

POLOSA, R. BENOWITZ, N. L. Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments. **Trends Pharmacological Sciences**. v. 32. N. 5, p. 281- 289. 2011.

RAMOS AT. **Atividade física: diabéticos, gestantes, terceira idade, crianças e obesos**. Rio de Janeiro: Sprint; 1999.

ROTH DL, HOLMES DS. Influence of aerobic exercise training and relaxation training on physical and psychological health following stressful life events. **Psychosomatic Medicine** V. 49. n. 4, p. 355-365. 1987.

SAMET, Jonathan M. Estimating the burden of smoking: premature mortality, morbidity, and costs. **Salud Pública DE México [online]**. 2010, v.52, n. 2, p. S98-S107. 2010. ISSN 0036-3634.

SANTOS, M. da C. dos; FERREIRA E SILVA, F. de C.; RODRIGUES, M. R.O. Estudo sobre qualidade de vida com pacientes pós-TMO: aplicação do questionário WHOQOL-BREF / Estudio de la calidad de vida de pacientes de post-TMO: aplicación del cuestionario WHOQOL-BREF / Study on quality of life of post-BMT patients: application of WHOQOL-BREF questionnaire. **O Mundo da Saúde** São Paulo: v.32. n.2, p 146-156. Abr-jun. 2008.

SANTOS, S. R.; GONCALVES, M. S.; LEITAO FILHO, F. S. S. and JARDIM, J. R.. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. **Jornal Brasileiro de Pneumologia. [online]**. vol.34, n.9, pp. 695-701. 2008.ISSN 1806-3713.

SANTOS, W. A. dos et al. Associação entre tabagismo e paracoccidiodomicose: um estudo de caso-controle no Estado do Espírito Santo, Brasil. **Caderno Saúde Pública [online]**. vol.19, n.1, pp. 245-253. 2003. ISSN 0102-311X.

SEIDL, E. M. F. ZANNON, C. M. L. da C.. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos Quality of life and health: conceptual and methodological issues. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.20. n. 2. P. 580-588, mar- ab r, 2004.

SILVA, A. da. **Neuropatologias das Diversas Categorias da Deficiência**. 2009. Disponível no site: <http://www.ufjf.br/eadedfisica/files/2009/05/neuropatologia.pdf>. Data de acesso. 26/09/2010.

SILVA, M. C. R. OLIVEIRA, R. J. de. CONCEIÇÃO M. I. G. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 11, n. 4 – Jul/Ago, 2005.

SILVA, R. C. da et al. Estudo controlado da influência da atividade física em fatores de risco para doenças crônicas em indivíduos lesados medulares

paraplégicos do sexo masculino. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte.**, São Paulo, v.18, n.2, p.169-77, abr./jun. 2004.

SLATER D, MEADE MA. Participation in recreation and sports for persons with spinal cord injury: review and recommendations. **Neuro Rehabilitation.** v.19. n. 2. 2004.

SOUZA, D. P. O. de and SILVEIRA FILHO, D. X. da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. **Revista Brasileira Epidemiologia [online].** v.10, n.2, pp. 276-287. 2007, ISSN 1415-790X.

SOUZA, R. **Atividade física e alcoolismo.** Disponível em: <http://www.cstur.com.br/artigos/atividade-fisica-e-alcoolismo>. Data de acesso, 29 de setembro de 2011.

SPORNER, M. L. et al.. Psychosocial impact of participation in the National Veterans Wheelchair Games and Winter Sports Clinic. **Disabil Rehabil.** v. 31, n. 5, p. 410-8. 2009

STEVENS, S. L., MS, CAPUTO, J. L. FULLER, D. K. and MORGAN, D. W. Physical Activity and Quality of Life in Adults With Spinal Cord Injury. **The journal of spinal Cord Med.** v. 31. n.4, p. 373–378. 2008.

STRINE, T. W et al. Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. **American Journal of Preventive Medicine.** V. 28, n. 2 , p.182-187, February 2005.

SULLIVAN, M. et al.. A longitudinal study of the life histories of people with spinal cord injury. *Injury Prevention.* v. 16. n. 3 p. 16:1-9. 2010.

TASIEMSKI T, Kennedy P, Gardner B, Taylor N. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. **NeuroRehabilitation.** v. 20. n. 4,p. 253-265. 2005.

TATE, D.G.FORCHHEIMER, M. B.KRAUSE, J.S.MEADE, M. A. BOMBARDIER, C. H. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: Risk factors and correlates. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.** v. 85. n. 11, p. 1837-1847. November, 2004.

TEO, S. H. J. **Health of people with spinal cord injury in Singapore: The implications for rehabilitation planning and implementation.** A thesis submitted in partial fulfillment of The requirements for the degree of Master of science. In The faculty of graduate studies. P. 168. 2010.

TOLOCKA, R. E. Educação Física e diversidade Humana. In: Ademir de Marco. (Org.). A Educação Física: **Cultura e Sociedade.** 1 ed. Campinas: Papyrus, 2006, v. 1.

TOLOCKA, R.E.; De MARCO, A. Efeitos fisiológicos de exercícios físicos em pessoas com lesão medular. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.1, Londrina, p.63-8, 1996.

USSHER, M. H. et al. Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. **Addiction**. V. 98. N. 4, p. 523-532. 2003.

USSHER M. H, et.al. Exercise interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. n. 4. Art. No.: D002295. DOI: 10.1002/14651858.2008.

VALL J, Braga V.A.B, Almeida P.C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**. v. 64. n.2b, 451-455. 2006.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 8, n. 3, p. 246-52. 2005.

WAGNER, G. A. ANDRADE, A. G. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. The use of alcohol, tobacco and other drugs among Brazilian college students. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.35, supl 1; p. 48-54, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World health report**. [S. l.], 2005.

ZUCHETTO A, CASTRO R. As Contribuições das Atividades Físicas para a Qualidade de Vida dos Deficientes Físicos. **Revista Kinesis**, Santa Maria, N° 26, p. 52-166, Maio de 2002.

<http://www.blogbrasil.com.br/a-atividade-fisica-e-a-ingestao-de-alcool>

<http://www.eumesintobem.com.br/adicional/alcool-e-atividade-fisica-nao-combinam>

[http://www.alcoolismo.com.br/artigos/alcool\\_exercicios\\_fisicos.html](http://www.alcoolismo.com.br/artigos/alcool_exercicios_fisicos.html)

<http://www.portaleducacao.com.br/esporte/noticias/39869/atletas-devem-diminuir-consumo-de-alcool-alerta-professor-de-educacao-fisica>

ANEXO A  
CERTIFICADO DO CONSELHO DE ÉTICA



CEP-UNIMEP  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "*A relação entre a prática de esportes e a qualidade de vida das pessoas com deficiência física*", sob o protocolo nº 49/11, da Pesquisadora *Profa. Dra. Rute Estamislava Tolocha* e seu orientando *Rogério José Maria Borges*, está de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/1996, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNIMEP.

Prof. Rodrigo Batagello  
Coordenador do CEP-UNIMEP  
Prof. Rodrigo Batagello  
Coordenador CEP - UNIMEP

Piracicaba, SP, 30 de julho de 2011.



**ANEXO B**  
**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses Sexo: \_\_\_ Feminino \_\_\_ Masculino

**1. Escolaridade:**

1º grau \_\_\_ completo \_\_\_ incompleto 2º grau \_\_\_ completo \_\_\_ incompleto 3º grau \_\_\_ completo \_\_\_ incompleto

2. Trabalha atualmente: \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

**3. Se você está trabalhando atualmente, qual a sua renda ou seu salário mensal?**

- (A) Até 1 salário mínimo (até R\$ 465,00 inclusive).
- (B) De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 465,00 até R\$ 930,00 inclusive).
- (C) De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 930,00 até R\$ 2.325,00 inclusive).
- (D) De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 2.325,00 até R\$ 4.650,00 inclusive).
- (E) De 10 a 30 salários mínimos (de R\$ 4.650,00 até R\$ 13.950,00 inclusive).
- (F) De 30 a 50 salários mínimos (de R\$ 13.950,00 até R\$ 23.250,00 inclusive).
- (G) Mais de 50 salários mínimos (mais de R\$ 23.250,00).
- (H) Não estou trabalhando.

**4. Renda Familiar**

- (A) Até 1 salário mínimo (até R\$ 465,00 inclusive).
- (B) De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 465,00 até R\$ 930,00 inclusive).
- (C) De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 930,00 até R\$ 2.325,00 inclusive).
- (D) De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 2.325,00 até R\$ 4.650,00 inclusive).
- (E) De 10 a 30 salários mínimos (de R\$ 4.650,00 até R\$ 13.950,00 inclusive).
- (F) De 30 a 50 salários mínimos (de R\$ 13.950,00 até R\$ 23.250,00 inclusive).
- (G) Mais de 50 salários mínimos (mais de R\$ 23.250,00).

**5. Estado Civil:**

\_\_\_ Solteiro (a) \_\_\_ Separado (a)

\_\_\_ Casado (a) \_\_\_ Viúvo (a)

**6. Na sua casa tem:**

<b>Televisão a cores</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Rádio</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Banheiro</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Automóvel</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Empregada Mensalista</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Aspirador de pó</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Máquina de lavar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Videocassete e/ou DVD</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Geladeira</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Freezer ( aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**7. Você já sofreu algum tipo de discriminação?**

- a). Discriminação econômica. \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- b). Discriminação étnica, racial ou de cor. \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- c). Por ser ou ter sido identificado como homossexual / gay, lésbica, bissexual, travesti ou transexual. \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- d). Por causa de sua religião. \_\_\_ Sim \_\_\_ Não
- e). Por ser pessoa com deficiência física ou mental. \_\_\_ Sim \_\_\_ Não

## ANEXO C

### QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

<b>Instruções</b>					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. <b>Por favor responda a todas as questões.</b> 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.</p> <p>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 <b>duas últimas semanas</b>. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	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	<b>4</b>	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	1	2	3	4	5

	mesmo?					
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



## APÊNDICE A

### FICHA DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

ID: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

A: Descrição da condição:

Alteração Motora ( ) Sim ( ) Não

Alterações Sensoriais ( ) Sim ( ) Não

Alteração intelectual ( ) Sim ( ) Não

Origem da Deficiência: Adquirida? ( ) Sim ( ) Não

Com que idade? \_\_\_\_\_

Origem da Deficiência: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo possui esta deficiência? \_\_\_\_\_

Classificação Funcional: \_\_\_\_\_

#### B – Situação Atual

1 - Está em tratamento:

Médico ( ) Sim ( ) Não

Fisioterápico ( ) Sim ( ) Não

2 – Faz uso de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Quais: \_\_\_\_\_

3 – Queixas:

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| ( ) Nenhuma                               | ( ) dor ou desconforto no peito     |
| ( ) dor lombar                            | ( ) dor ou desconforto no pescoço   |
| ( ) falta de ar em repouso                | ( ) dor ou desconforto na mandíbula |
| ( ) muito cansaço com atividades usais    | ( ) dor ou desconforto no braço     |
| ( ) quedas atuais, qtas no último mês: __ | ( ) dor no joelho                   |
| ( ) dor ao andar                          | ( ) falta de ar com esforço leve    |
| ( ) desmaio                               | ( ) tontura                         |
| ( ) acorda a noite com falta de ar        | ( ) inchaço no tornozelo            |
| ( ) palpitações/batedeira no coração      | ( ) outras _____                    |

#### C - Histórico:

1 – Já foi hospitalizado? ( ) Sim ( ) Não

Idade: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

2 – Já passou por alguma cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

3 – Antecedentes pessoais:

- |               |                          |                              |
|---------------|--------------------------|------------------------------|
| ( ) Asma      | ( ) Doença cardíaca      | ( ) Diabetes melitus         |
| ( ) Epilepsia | ( ) Hipertensão arterial | ( ) Alergia(s) Do que? _____ |

#### D - Hábitos de vida

##### TABACO

**( ) nunca usou tabaco**

**( ) usuário de tabaco atualmente** Número de cigarros manufaturados por dia \_\_\_\_; Número de cigarros caseiros por dia \_\_\_\_; Outras formas de consumo de tabaco ( ) sim ( ) não. Qual \_\_\_\_; Idade do início de consumo de tabaco \_\_\_\_anos; Número de tentativas para desistir do tabaco \_\_\_\_; Período de maior abstinência \_\_\_\_ Data da última tentativa de abstinência \_\_\_\_  
Ambiente de fumo: trabalho ( ) casa ( ) clube ( ) competições esportivas ( ) outro qual \_\_\_\_

**( ) usuário de tabaco no passado** Idade do início de consumo de tabaco \_\_\_\_anos; Idade que deixou de usar tabaco \_\_\_\_anos;

Ambiente de fumo: trabalho ( ) casa ( ) clube ( ) competições esportivas ( ) outro qual \_\_\_\_ Motivo principal de ter deixado o uso de tabaco: \_\_\_\_

## **ETILISMO**

**( ) não consome álcool**

**( ) consome álcool de vez em quando** vezes por semana \_\_\_\_  
quantidade \_\_\_\_ml

**( ) consumo freqüente** quantidade \_\_\_\_ml ( ) semana ( ) diário; Tipo de bebida utilizada \_\_\_\_; Idade do início de consumo freqüente \_\_\_\_anos; Número de tentativas para desistir de ingerir álcool \_\_\_\_ . Período de maior abstinência \_\_\_\_ Data da última tentativa de abstinência \_\_\_\_; Ambiente onde consome álcool : trabalho ( ) casa ( ) clube ( ) competições esportivas ( ) outro qual \_\_\_\_

**( ) usuário de álcool no passado** Idade do início de consumo de álcool \_\_\_\_anos; Idade que deixou de usar álcool \_\_\_\_anos; Ambiente de consumo de álcool: trabalho( ) casa( ) clube ( ) competições esportivas ( ) outro lugar qual \_\_\_\_

Motivo principal de ter deixado o uso álcool: \_\_\_\_

## **OUTROS**

Uso de outras substâncias ( ) não ( ) sim

Freqüência semanal \_\_\_\_

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### *Informações do estudo*

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa analisar a relação da prática de esportes com condições clínicas e qualidade de vida.

#### *Objetivos do estudo*

Caracterizar condições, qualidade de vida e prática de esportes de pessoas com deficiência física participantes de competições nacionais realizadas pelo Comitê Paraolímpico Brasileiro.

#### *Procedimentos e duração do estudo*

Este estudo terá coleta de dados através de questionários e entrevistas, que terão perguntas sobre condições de socioeconômicas, saúde, profissão, escolaridade, classe social e qualidade de vida.

#### *Benefícios do Estudo*

Os dados deste estudo serão utilizados para analisar a relação da prática de esportes e a qualidade de vida bem como subsidiar propostas de monitoramento para prevenir acidentes e lesões que podem ocorrer em tais atividades. Os dados permitirão também reflexões sobre ações que promovam a melhoria na qualidade de vida.

#### *Riscos e Inconveniências*

A aplicação dos questionários/entrevista será feita de maneira confidencial guardando-se o anonimato dos participantes. Caso ocorra alguma urgência, O senhor (a) será atendido conforme procedimento estabelecido pela instituição. Se você tiver dúvidas sobre este estudo poderá ser dirigir a orientadora do mesmo, Profa. Dra. Rute Estanislava Tolocka, através dos telefones: 3124.1515, ramal 1240 ou 1277, ou por e-mail:Rute@nupem.org.br ou o Acadêmico Rogério José Maria Borges, Através dos telefones: 34 32198846 ou 99774906, ou por e-mail [rjborges8@hotmail.com](mailto:rjborges8@hotmail.com). ou pela SKIPE pelos username nupemnupem ou rjborges80.

#### *Confidencialidade*

A menos que solicitado por lei, somente os responsáveis pelo estudo, e seus agentes autorizados e os comitês de ética terão acesso às informações confidenciais que identifica esta instituição e as pessoas que fizerem parte da pesquisa.

O senhor (a) não é obrigado a participar deste estudo e pode desistir de sua participação durante a realização do mesmo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

O senhor (a) não terá nenhuma despesa para participar avaliações e também não receberá nenhum pagamento por isto. Se o senhor (a) concordar voluntariamente em participar deste estudo, deve assinar este documento na presença de uma testemunha.

---

Assinatura do voluntário (a) Data //

---

Assinatura da testemunha Data //

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

---

Assinatura do pesquisador Data //

## APÊNDICE C

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

#### *Informações do estudo*

Como são poucos os estudos sobre necessidade de vida de atletas Paralímpicos, faz-se necessário investigações sobre isto para fomentar decisões de políticas públicas na área.

Todos os participantes do estudo receberão informações sobre objetivos e métodos deste estudo, bem com a garantia da confidencialidade dos dados fornecidos e assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido, e poderão decidir retirar-se do estudo, se o desejarem, sem nenhum prejuízo.

#### *Objetivos do estudo*

Verificar a relação entre a prática de esportes e a qualidade de vida das pessoas com deficiência física, identificando características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos e percepção da qualidade de vida dos para-atletas.

#### *Procedimentos e duração do estudo*

A coleta de dados será feita através de questionários e entrevistas, com perguntas as sobre condições socioeconômicas, saúde, profissão, escolaridade, classe social e qualidade de vida.

#### *Benefícios do Estudo*

Os dados deste estudo serão utilizados para analisar a relação da prática de esportes e a qualidade de vida para subsidiar ações que promovam a melhoria na qualidade de vida desta parcela da população.

#### *Riscos e Inconveniências*

As entrevistas serão de maneira confidencial, guardando-se o anonimato dos participantes. Caso ocorra alguma urgência durante a coleta de dados o entrevistado (a) será atendido conforme procedimento estabelecido pela organização do evento onde o atleta estiver sendo entrevistado. Se tiver alguma dúvida sobre o estudo o mesmo poderá ser dirigido a orientadora do mesmo, Profa. Dra. Rute Estanislava Tolocka, através dos telefones: 3124.1515, ramal 1240 ou 1277, ou por e-mail: rute@nupem.org ou o Acadêmico Rogério José Maria Borges, Através dos telefones: 34 32198846 ou 99774906, ou por e-mail [rjborges8@gmail.com](mailto:rjborges8@gmail.com). ou pelo SKIPE pelos username nupemnupem ou rjborges80.

#### *Confidencialidade*

A menos que solicitado por lei, somente os responsáveis pelo estudo, e seus agentes autorizados e os comitês de ética terão acesso às informações confidenciais que identifica as pessoas que fizerem parte da pesquisa.

#### TERMO DE ADESÃO AO ESTUDO

Antes de conceder o consentimento para os atletas do clube \_\_\_\_\_ participarem do estudo “A relação entre a prática de esportes e a qualidade de vida das pessoas com deficiência física”, realizando entrevistas, a instituição, através de seu representante legal, foi devidamente informada acerca dos objetivos, métodos, procedimentos, riscos e benefícios decorrentes desta adesão e declara que estará participando do mesmo.

Nome do representante legal da instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2011

---

Assinatura do responsável do clube

**APÊNDICE D**  
**CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

**Tabela 11 - Característica da Amostra.**

Características	n.	(%)
<b>Modalidade esportiva</b>		
Atletismo	220	62,15
Natação	112	31,64
Halterofilismo	22	6,21
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	214	60,45
Feminino	140	39,55
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>
<b>Faixa etária</b>		
16 - 25	133	37,57
26 - 35	105	29,66
36 - 45	89	25,14
46 - 55	24	6,78
Acima de 56	3	0,85
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	233	65,82
Casado	104	29,38
Separado	16	4,52
Viúvo	1	0,28

## APÊNDICE E

### CONDIÇÕES CLÍNICAS

**Tabela 12 - Condições de saúde**

	n.	(%)
<b>Deficiência adquirida</b>		
Sim	210	59,32
Não	144	40,68
Total	354	100
<b>Tratamento médico</b>		
Sim	100	28,25
Não	254	71,75
Total	354	100
<b>Tratamento Fisioterapeutico</b>		
Sim	62	17,51
Não	292	82,49
Total	354	100
<b>Faz uso de medicamento</b>		
Sim	86	24,29
Não	268	75,71
Total	354	100
<b>Senti algum tipo de dor</b>		
Sim	169	47,74
Não	185	52,26
Total	354	100
<b>Já foi Hospitalizado</b>		
Sim	281	79,38
Não	73	20,62
Total	354	100

## APÊNDICE F

### Escolaridade

**Tabela 13** - Distribuição de Frequências e Porcentagens dos Atletas, de acordo com o nível de Escolaridade

Escolaridade	Masc	Masc	Fem	Fem	Total	Total
	n	%	n	%	n	%
1º Grau Incompleto	48	22,43	33	23,57	81	22,88
1º Grau completo	34	15,89	26	18,57	60	16,95
Total	82	38,32	59	42,14	141	39,83
2º Grau Incompleto	26	12,15	19	13,57	45	12,71
2º Grau Completo	71	33,18	46	32,86	117	33,06
Total	97	45,33	65	46,43	162	45,77
3º Grau Incompleto	21	9,81	16	11,43	37	10,45
3º Grau Completo	14	6,54	0	0	14	3,95
Total	35	16,35	16	11,43	51	14,40
Total	214	100	140	100	354	100