O desporto adaptado, a perceção da competência e autoeficácia física, e a qualidade de vida de pessoas com deficiência que praticam atividade física e desportiva

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre
em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Coorientador: Professor Doutor Nuno Miguel da Silva Januário

Júri:

Presidente:

Doutor Jorge Manuel Castanheira Infante, professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais:

Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutor Fábio Augusto Silva Vila Nova, professor auxiliar convidado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Inês Alexandra Nóbrega Garrana

2023

Agradecimentos

A concretização de um trabalho desta natureza implica a presença e participação de um conjunto de pessoas a quem gostaria de agradecer por terem feito parte deste importante percurso.

Em primeiro lugar, aos meus orientadores: os Professores Doutores Sofia Santos e Nuno Januário pela disponibilidade, apoio, orientação, palavras de incentivo e motivação e, sobretudo, pela transmissão de conhecimento e opiniões ao longo da realização deste trabalho.

Agradecer a todas as instituições e técnicos das mesmas que participaram, facilitaram e enriqueceram este processo, bem como a todos os encarregados de educação/ tutores pela disponibilidade e colaboração.

Aos meus amigos que me apoiaram, sobretudo, nos momentos mais difíceis com palavras e gestos motivacionais, de incentivo e apoio.

E, por último, um agradecimento especial aos meus pais, ao meu namorado e à minha família pelo exemplo de superação, coragem, trabalho, esforço e pelo apoio incondicional em todos os momentos desta caminhada. Sem vocês nada disto seria possível!

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Índice Geral	ii
Índice de Tabelas	iii
Enquadramento	1
Referências	4
Artigo 1: O desporto adaptado, a autoeficácia e competência física, e a qualidade de vida – uma revisão de literatura.....	7
Resumo	8
Abstract	8
Desporto Adaptado.....	9
Autoeficácia física e capacidade física percebida	13
Qualidade de Vida	17
Considerações Finais	21
Referências	22
Artigo 2: A autoestima, a capacidade física percebida e a qualidade de vida de praticantes e não praticantes de atividade física e desportiva com deficiência – estudo exploratório e comparativo.....	30
Resumo	31
Abstract	31
Introdução.....	32
Método.....	36
<i>Participantes</i>	36
<i>Instrumentos</i>	37
<i>Procedimentos</i>	40
Apresentação dos Resultados.....	40
Discussão de Resultados	48
Conclusão.....	52
Referências	53

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caraterização demográfica dos participantes	37
Tabela 2: Valores estatística descritiva para os instrumentos e respetivos domínios	41
Tabela 3: Determinantes da Autoperceção Física, Capacidade Física Percebida e QdV dos atletas em função do género e toma de medicação.....	42
Tabela 4: Determinantes da Autoperceção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função da idade, carga total e tempo de prática.....	44
Tabela 5: Determinantes da Autoperceção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função do distrito.....	46
Tabela 6: Determinantes da Autoperceção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função do diagnóstico	47

Enquadramento

Esta dissertação insere-se na unidade curricular de Ramo de Aprofundamento da Investigação, do 2ºano do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, e procura analisar o efeito da prática desportiva na autoperceção da competência e eficácia física, e qual o seu impacto na qualidade de vida (QdV) de praticantes com deficiência, sob a orientação dos Professores Doutores Sofia Santos e Nuno Januário. A escolha do tema recai sobre a necessidade de complementar os conteúdos apreendidos na formação de base (Ciências do Desporto) com as perspetivas inovadoras de reabilitação ao nível das crianças, adolescentes e adultos com deficiência, tentando compreender como é que uma intervenção pelo desporto adaptado contribui na satisfação com a vida destes atletas.

Um dos paradigmas atuais no âmbito da reabilitação, incluindo a intervenção psicomotora (Santos, 2017), objetiva o desenvolvimento da pessoa na sua multidimensionalidade e no jogo entre características (capacidades e limitações) e necessidades de apoios (Santos, 2020), visando o atingir dos objetivos e metas estabelecidos pelo próprio – em parceria com a equipa de intervenção, para resultados pessoais mais positivos, uma maior participação na comunidade e visando atingir-se o mais alto nível de QdV (Yazicioglu et al., 2012). É neste sentido que o desporto adaptado tem vindo a ser utilizado, como forma complementar à terapia tradicional (Yazicioglu et al., 2012), contribuindo para o reconhecimento das capacidades das pessoas com deficiência e para a sua participação social, com repercussões na forma como a própria pessoa reflete as suas conquistas no balanço congruente entre a relação de objetivos pessoais, valores socioculturais e satisfação com a vida (Dijkers, 2005).

O desporto adaptado, enquanto ferramenta de promoção de saúde, QdV e participação social é entendido como um constructo cultural universal disponível e que se define como um tipo de desporto criado ou modificado para ir ao encontro das características específicas das pessoas com deficiência (DePauw & Gavron, 2005; Winnick, 2011). O desporto adaptado - resultado do movimento dos direitos para a inclusão e equidade nas oportunidades da prática desportiva para pessoas com deficiência (Blauwet & Willick, 2012), em paralelo com as campanhas de sensibilização para o empoderamento deste subgrupo populacional, e a cobertura dos *mass media* nas competições dos Paralímpicos associado às recomendações para a prática desportiva por parte das pessoas com deficiência (World Health Organization [WHO], 2020) - parece então ser

universalmente aceite como catalisador da promoção da saúde, prevenção da doença e, até, de resolução de conflitos (Sport for Development and Peace, 2008). O impacto da internet e da evolução dos *mass media* na cobertura dos Jogos Paralímpicos, potenciado pelo mais elevado perfil de alguns desportistas de alto rendimento (e.g., Oscar Pistorius), tem desafiado as normas e criado novas perspetivas positivas sobre as possibilidades e capacidades das pessoas com deficiência (Blauwet & Willick, 2012). Ao mesmo tempo, o reconhecimento da atividade física, na base da igualdade de oportunidades e como um dos direitos das pessoas com deficiência na participação na vida pública (artigo 30.ºC, Organização das Nações Unidas, 2006), bem como na sua validação como um dos domínios da QdV, nos mais diversos modelos (e.g., World Health Organization [WHO], 1998; Santos et al., 2017), tem conduzido a uma maior procura pela prática desportiva de alta competição que se tem traduzido também ao nível das políticas nacionais. Por outro lado, devido à sua natureza social, a prática desportiva parece deter maiores benefícios que os outros domínios da atividade física (Seippel, 2017).

As evidências científicas apontam para os benefícios do desporto e atividade física ao nível da saúde psicossocial, para todos, não se circunscrevendo apenas às pessoas com desenvolvimento típico (te Velde et al., 2018) e contribuindo para o desenvolvimento físico e funcional, bem como para o bem-estar geral e promovendo a inclusão. No entanto, as pessoas com deficiência tendem a praticar menos atividade física e desportiva, tendendo a apresentar menores níveis de autovalorização/autoestima e de imagem corporal (Rimmer et al., 2004). Por outro lado, parece que atletas com deficiência apresentam perceções idênticas de autoconceito aos seus pares típicos praticantes (Sahlin & Lexell, 2015). Ao nível da literatura, é possível constatar a diversidade de indicadores utilizados para a avaliação da saúde psicossocial, entre os quais, a autoeficácia (Sundar et al., 2016), autoestima e sentimento de pertença, entre outros (Côté-Leclerc et al., 2017; te Velde et al., 2018) que atuam como fatores determinantes numa vida com qualidade (Côté-Leclerc et al., 2017), evidenciando-se uma associação forte entre atividade física, competência física percebida e autoeficácia física (Babic et al., 2014). A autoeficácia reflete as crenças que a pessoa tem das suas próprias capacidades e é influenciada por eventos e fatores que influenciam a sua vida e desenvolvimento (Bandura, 1997), estando relacionada positivamente com a QdV e bem-estar (Sundar et al., 2016). A autoeficácia, enquanto confiança na execução de uma competência para obter um determinado resultado, parece atuar quer como causa, quer como efeito num melhor desempenho desportivo (Blauwet & Willick, 2012), com evidências a apontar que atletas com deficiência com perceções de autoeficácia mais positivas, tendem a melhores desempenhos e

resultados desportivos em competição (e.g., Martin, 2008). Além disso, parece que uma boa autoeficácia no desporto tende a fomentar a eficácia nas atividades de vida diária (Adnan et al., 2001).

O poder do desporto como uma ferramenta reabilitativa e na comunidade pode ser explorada na evidência dos seus efeitos na QdV (Blauwet & Willick, 2012). A QdV está também relacionada com a participação em atividades significativas com impacto no bem-estar físico e mental (Longo et al., 2014; Vila-Nova et al., 2019) e na vivência de uma vida positiva (Sánchez-López et al., 2009). Desta forma, a participação em atividades desportivas adaptadas às suas características como o desporto adaptado de alta competição parece ser benéfica (Blauwet & Willick, 2012), reportando-se que a uma maior identidade atlética parece corresponder não só um melhor estado de saúde (Groff et al., 2009), como também de QdV (Anneken et al., 2010; Gioia et al., 2006; Groff et al., 2009). Para além dos benefícios físicos e psicológicos, a prática de desporto adaptado parece deter um impacto positivo na QdV das pessoas com deficiência, especialmente no caso da deficiência motora (Côté-Leclerc et al., 2017) e as pessoas praticantes parecem apresentar sentimentos de bem-estar e perspetivas mais positivas face à vida do que os seus pares não praticantes (Campbell & Jones, 1994; Yazicioglu et al., 2012). Apesar da listagem extensiva dos potenciais benefícios da prática desportiva por pessoas com deficiência, as evidências ainda são escassas no que concerne à temática do seu impacto na QdV (Côté-Leclerc et al., 2017; te Velde et al., 2018). Esta situação assume igual relevância em Portugal, onde ainda se constata a falta de evidências a este nível (Diz et al., 2019), apesar da aposta que tem vindo a ser dada ao tema da atividade física e do desporto adaptado nos últimos anos (e.g., Almeida et al., 2020; Santos et al., 2020), com especial destaque para as pessoas com dificuldades intelectuais e/ou deficiência motora (Almeida et al., 2020; Diz et al., 2021).

Desta forma, se justifica a pertinência do presente documento cujo objetivo passa por analisar a relação existente entre prática de desporto adaptado, competência física percebida, autoeficácia física e QdV. Para este efeito, esta dissertação organiza-se sob a forma de dois capítulos que apesar de complementares, têm objetivos distintos. Num primeiro artigo, sob a revisão da literatura, procura-se sintetizar a informação sobre os quatro constructos, caracterizando-os e apresentando os respetivos modelos conceituais onde se baseiam, ao mesmo tempo que se procurará avançar com a síntese das principais evidências existentes na área, a nível nacional e internacional. Esta revisão da literatura servirá de base para o segundo artigo, de carácter empírico, e que analisa os efeitos da prática da atividade física e desportiva na autoestima e na capacidade física percebida de

praticantes e não praticantes com deficiência, tal como na qualidade de vida dos praticantes, tentando identificar pistas para a sensibilização/formação dos benefícios da prática desportiva, como para sua promoção mesmo entre os praticantes e qual o seu impacto na percepção subjetiva de QdV.

Referências

- Adnan, Y., McKenzie, A. & Miyahara, M. (2001). Self-efficacy for quad rugby skills and activities of daily living. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 18, 90-101, <https://doi.org/10.1123/apaq.18.1.90>
- Almeida, B., Santos, S. & Marques, A. (2020). People with motor disabilities' physical activity practice determinants: inequities in the access and physical activity engagement, in H. Samuel, M. Batista, H. Mesquita e J. Ribeiro, (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 150-165), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Anneken, V., Hanssen-Doose, A., Hirschfeld, S., Scheuer, T. & Thietje, R. (2010). Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. *Spinal cord*, 48(5), 393–399. <https://doi.org/10.1038/sc.2009.137>
- Babic, M., Morgan, P., Plotnikoff, R., Lonsdale, C., White, R. & Lubans, D. (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 44(11), 1589–1601. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0229-z>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Blauwet, C. & Willick, S. (2012). The paralympic movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4(11), 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.08.015>
- Campbell, E. & Jones, G. (1994). Psychological well-being in wheelchair sport participants and nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11(4), 404-415. <https://doi.org/10.1123/apaq.11.4.404>
- Côté-Leclerc, F., Boileau Duchesne, G., Bolduc, P., Gélinas-Lafrenière, A., Santerre, C., Desrosiers, J. & Levasseur, M. (2017). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0597-9>
- DePauw, K. & Gavron, S. (2005). *Disability Sport*. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics
- Dijkers, M (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(3), 87-110.
- Diz, S., Gomes, F. & Santos, S. (2021). Does physical activity improve adaptive behaviour, fitness and quality of life of adults with Intellectual Disability, *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 43, e001621, <https://doi.org/10.1590/rbce.43.e001621>
- Diz, S., Santos, S., Gomes, F. & Marques, A. (2019). Atividade física na dificuldade intelectual e desenvolvimental a nível nacional: uma revisão sistemática, *Revista Científica da FPDD - Desporto e Atividade Física para Todos*, 5(1), 8-15.

- Gioia, M. C., Cerasa, A., Di Lucente, L., Brunelli, S., Castellano, V. & Trallesi, M. (2006). Psychological impact of sports activity in spinal cord injury patients. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(6), 412–416. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2005.00518.x>
- Groff, D., Lundberg, N. & Zabriskie, R. (2009). Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 31, 318-326. <https://doi.org/10.1080/09638280801976233>
- Longo, E., Badia, M., Orgaz, B. & Verdugo, M. (2014). Cross-cultural validation of the Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) in Spain. *Child Care Health Development*, 40, 231–41. <https://doi.org/10.1111/cch.12012>
- Martin, J. (2008). Multidimensional self-efficacy and affect in wheelchair basketball players. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25, 1-15, <https://doi.org/10.1123/apaq.25.4.275>
- Organização das Nações Unidas (2006). *Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência*, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2006, pesquisa feita a 18 novembro 2020 e disponível em: <https://www.inr.pt/documents/11309/44742/Conven%C3%A7%C3%A3o+sobre+os+Direitos+da+Pessoas+com+Defici%C3%Aancia/7601dc72-a4a6-4631-b9a2-b37b11fe571e>
- Rimmer, H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A. & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.02.002>
- Sahlin, B. & Lexell, J. (2015). Impact of organized sports on activity, participation, and quality of life in people with neurologic disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 7(10), 1081–1088. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.03.019>
- Sánchez-López, M., Salcedo-Aguilar, F., Solera-Martínez, M., Moya-Martínez, P., Notario-Pacheco, B. & Martínez-Vizcaíno, V. (2009). Physical activity and quality of life in schoolchildren aged 11-13 years of Cuenca, Spain. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(6), 879–884. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00839.x>
- Santos, S. (2017). Psychomotor therapy & intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJP)*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. (2020). *Como lidar com a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*, Flora Editora
- Santos, S., Figueiredo-Serafim, V., Maldonado, I., Gomes, F., Peralta, M. & Marques, A. (2020). Psychosocial correlates of physical activity' of children and adolescents with intellectual disability or motor impairment, in Samuel. H., Batista, M., Mesquita, H. & Ribeiro, J. (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 166-182), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Seippel, Ø. (2017). The Meanings of Sport: Fun, Health, Beauty or Community? The Meanings of Sport: Fun, Health, Beauty or Community? *Sport in Society*, 9(1), 51-70, <https://doi.org/10.1080/17430430500355790>
- Simões, C., Santos, S. & Biscaia, R. (2016). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 16(2), 186-200 <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.11.002>
- Sport for Development and Peace Working Group (2008). *Harnessing the power of sport for development and peace – recommendations to governments*. Right to Play, Pesquisa feita a 18 novembro 2020, e disponível em:

https://www.sportanddev.org/sites/default/files/downloads/rtp_sdp_iwg_harnessing_the_power_of_sport_for_development_and_peace.pdf

- Sundar, V., Brucker, D., Pollack, M. & Chang, H. (2016). Community and social participation among adults with mobility impairments: A mixed methods study. *Disability Health Journal*, 4, 682–91. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.006>
- Vila-Nova, F., Oliveira, R. & Cordovil, R. (2019). Cross-Cultural Validation of Children's Assessment of Participation and Enjoyment Portuguese Version. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 33. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00033>
- Winnick, J. (2011). *Adapted physical education and sport*. 2nd ed. Champaign: Human Kinetics
- World Health Organization (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- te Velde, S., Lankhorst, K., Zwinkels, M., Verschuren, O., Takken, T. & Groot, J. (2018). Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease—a cross-sectional study. *Sports Medicine - Open* 4, 38. <https://doi.org/10.1186/s40798-018-0152-1>
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
- Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A. & Tan, A. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5(4), 249–253. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.05.003>

Artigo 1

**O desporto adaptado, a autoeficácia e
competência física, e a qualidade de vida – uma
revisão de literatura**

Artigo 1:

O desporto adaptado, a autoeficácia e competência física, e a qualidade de vida – uma revisão da literatura

Resumo:

O desporto tem reconhecido um interesse crescente também no âmbito das pessoas com deficiência, aceite como catalisador da promoção da saúde e prevenção da doença, funcionalidade, participação social e qualidade de vida. A maior procura pela prática desportiva tem-se traduzido ao nível das políticas e investigação nacional, nomeadamente ao nível dos seus efeitos em diversos setores. O desporto adaptado tem contribuído para o reconhecimento das capacidades das pessoas com deficiência com repercussões na forma como a própria pessoa reflete as suas conquistas no balanço congruente entre a relação de objetivos pessoais, valores socioculturais e satisfação com a vida. Um dos indicadores nesta abordagem passa pela perceção de autoeficácia e competência física com repercussões no estado de saúde e qualidade de vida. Este artigo, sob a forma de revisão da literatura, procura sintetizar a informação sobre os quatro constructos, desporto adaptado, competência física percebida, autoeficácia física e qualidade de vida, caracterizando-os e apresentando os respetivos modelos conceituais onde se baseiam, ao mesmo tempo que se procurará avançar com a síntese das principais evidências existentes na área, a nível nacional e internacional.

Palavras-chave: desporto adaptado; autoeficácia; competência física; qualidade de vida; deficiência; revisão da literatura.

Abstract:

Sport has also recognized a growing interest in people with disabilities, accepted as a catalyst for health promotion and disease prevention, functionality, social participation and quality of life. The increased demand for sports has translated into national policies and research, particularly in terms of its effects in various sectors. Adapted sport has contributed to the recognition of the capacities of people with disabilities with repercussions on the way the person himself reflects his achievements in the congruent balance between the relationship of personal goals, sociocultural values and satisfaction with life. One of the indicators in this approach is the perception of self-efficacy and physical competence with repercussions on health status and quality of life. This article, in the form of a literature review, seeks to synthesize information on the four constructs, adapted sport, perceived physical competence, physical self-efficacy and quality of life, characterizing them and presenting their conceptual models where they are based, while seeking to advance with the synthesis of the main evidence existing in the area, at national and international level.

Keywords: adapted sport; self-efficacy; physical competence; quality of life; disability; literature review.

O desporto adaptado, a autoeficácia e competência física, e a qualidade de vida – uma revisão da literatura

Desporto Adaptado

Segundo Parry (2018), desporto é tudo o que engloba atividades humanas e físicas, que exigem capacidade física e que está sobre a presença de competições, regras e institucionalizações, sejam estas federações nacionais ou internacionais. O desporto cobre todas as formas de atividade física e assume quatro vertentes: educativa-formativa, terapêutica, recreação/lazer e competitiva, com cada uma caracterizada por valores específicos e onde o atleta tem a oportunidade de desenvolver a aptidão física, competências físico-motoras e cognitivas, em interação social com contributos ao nível do autoconceito, promoção da saúde e de uma vida com mais qualidade (Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência [FPDPD], 2016). O desporto assume um papel crítico como facilitador no atingir de objetivos de desenvolvimento sustentável (UNESCO, 2019). Como forma de reabilitação para os veteranos, no século XX, nasceu o desporto adaptado, um conceito que, desde aí, se tem vindo a desenvolver significativamente, proporcionando diversas ofertas organizacionais para atletas com deficiência, permitindo, assim, que a sua participação não seja limitada (Pearsall, 2019). Desta forma, o conceito de desporto adaptado é composto por todas as atividades desportivas ou recreativas que passaram por uma adaptação para incluir as pessoas com deficiência (Lundberg et al., 2011). Segundo Winnick e Porretta (2016), este conceito diz respeito à modificação ou criação de um desporto, atendendo às necessidades exclusivas dos indivíduos. Estes autores realçam, ainda, a importância da capacidade de adaptação de uma modalidade e do incentivo à participação em diversos ambientes típicos e inclusivos.

A evolução em redor do movimento humano e da atividade física, requisitos fundamentais na adaptação ao contexto, apenas no século XX parece envolver a participação das pessoas com deficiência em atividades desportivas, como uma forma de intervenção e visando a participação social deste subgrupo (Saraiva et al., 2013), assumindo-se atualmente como um dos agentes ([FPDPD, 2016) e “uma das componentes da organização social mais dinâmica” (Saraiva et al., 2013, p. 623). Em 2003, a definição de desporto englobava todas as formas de atividade física – desde o jogo recreativo ao desporto organizado e competitivo, que contribuam para a aptidão física e bem-estar psicológico e social (UN Inter-Agency Task Force, s.d.). Para Saraiva et al. (2013) o

aparecimento de organizações internacionais e nacionais dedicadas à prática desportiva e a organização de eventos competitivos para pessoas com deficiência, contribuiu para a consolidação do desporto adaptado, constatando-se o seu maior desenvolvimento nos últimos 30 anos (FPDPD, 2016) decorrente da notoriedade associada e do aumento do número de praticantes. Em Portugal, a participação em atividades desportivas por pessoas com deficiência era esporádica (Carvalho, 1995) e apenas em 2007 é publicada a Lei de Bases da Atividade Física e do Desporto que consagra no seu artigo 29.º a prática de atividade física e desportiva por parte destas pessoas (Lei n.º 5/2007).

Neste ponto há que distinguir os constructos de atividade física, atividade desportiva, exercício físico e desporto adaptado que, apesar de semelhantes, apresentam diferentes significados. A atividade física diz respeito ao consumo de energia através dos músculos esqueléticos na execução de um movimento corporal (Sungur & Güven, 2021), ou seja, engloba todos os movimentos utilizados durante o dia-a-dia. A atividade desportiva diz respeito à prática de uma modalidade desportiva, normalmente associada à estruturação, repetição, competição e às aptidões físicas. O exercício físico é composto por um conjunto de atividades físicas planeadas e repetidas, com vista na proteção e no desenvolvimento de pelo menos uma componente da condição física (Sungur & Güven, 2021). O desporto adaptado consiste na prática desportiva de diversas modalidades específicas ou adaptadas para apoiar diferentes necessidades individuais de pessoas com deficiência (Calheiros et al., 2021). A prática do desporto, competitivo ou não, permite o desenvolvimento de atividades/exercícios físicos(os) regulares com diversas populações, cuja manifestação fenotípica e comportamental se caracteriza pela heterogeneidade (deficiência motora, dificuldade intelectual, deficiências sensoriais) (Sahlin & Lexell, 2015; Blauwet & Willick, 2012), demonstrando benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais (Sungur & Güven, 2021; Sánchez-Pay & Sanz-Rivas, 2021).

Todas as formas assumem um papel relevante na prevenção de doenças crónicas e na manutenção da saúde das pessoas (com e sem deficiência), determinantes no bem-estar físico e psicológico de pessoas com diferentes tipos de deficiência (e.g., lesão na medula espinhal), promovendo a sua aptidão física, a satisfação com a vida e o humor (Laskowski & Lexell, 2012). Os benefícios podem ser “a nível fisiológico, psicológico, físico e social”, com influência positiva em variáveis como a autonomia, autoconfiança, autoestima e autoconceito das pessoas (com deficiência) na realização das suas atividades de vida diárias (Caspersen et al., 2000). O desporto adaptado permite reduzir o decréscimo acentuado da funcionalidade física, nomeadamente, permite a prevenção de riscos de mobilidade, espasticidade, contraturas, lesões e dores. Estes benefícios refletem-se na

melhoria do processo de envelhecimento, qualidade de vida, inclusão, integração e socialização de todos os indivíduos, principalmente, de pessoas com deficiência (Celestino & Pereira, 2015). A prática desportiva permite, ainda, a diminuição do risco de problemas de saúde secundários, contribuindo para um estilo de vida fisicamente mais ativo e melhorando os níveis de funcionamento motor (Sungur & Güven, 2021) e de envolvimento social (Crawford et al., 2008; Neyroud & Newman, 2021). Dixon-Ibarra e Driver (2013) referem que a prática regular de atividade física permite melhorar a capacidade cardiovascular e muscular, promove a saúde mental, aumenta a massa muscular, a amplitude de movimento, a autoeficácia, a confiança e reduz o stress e, para além disso, permite, a longo prazo, reduzir ou atrasar os efeitos e sintomas das doenças crónicas ou deficiências. Para além dos aspetos mencionados anteriormente, Wenner (2016) menciona que o desporto proporciona benefícios ao nível da socialização, relações com a família, colegas e professores, e nas amizades, uma vez que através do desporto as crianças conseguem estabelecer oportunidades para formar novas amizades. Lippold e Burns (2009) referem ainda as diversas oportunidades de apoio a nível social e emocional, através do trabalho em equipa, do suporte familiar, dos cuidadores ou, até mesmo, pelos relacionamentos com pessoas com e sem deficiência.

Apesar da importância desta participação desportiva pelas pessoas com deficiência, Yazdani et al. (2013) salientam que a sua prática é reduzida, devido às inúmeras barreiras com que este subgrupo ainda é confrontado, incluindo o baixo nível de interesse do próprio, barreiras atitudinais (desvalorização e criação reduzida de oportunidades) e arquitetónicas (e.g., acesso a espaços públicos), fatores económicos e inexistência de programas direcionados às necessidades específicas, dada a falta de formação de especialistas qualificados (Abellán & Januário, 2017; Almeida et al., 2020) que restringe a inclusão das pessoas com deficiência em equipas (Almeida et al., 2020; DePauw & Gavron, 2005). Por outro lado, os principais facilitadores identificados desta prática nas pessoas com deficiência envolvem o desenvolvimento de capacidades motoras, motivação e determinação pessoal, capacidade financeira, socialização, diversão, formação académica, e apoio familiar e profissional (Abellán & Januário, 2017). Para os autores, o género parece ser outro preditor com tendência para a prática desportiva por participantes do género masculino. No estudo de Abellán e Januário (2017) aplicado a pessoas com dificuldades intelectuais identificou-se que a principal barreira está associada ao tempo de acesso ao local da prática da atividade física e desportiva, e que o principal facilitador está no apoio e suporte por parte da família, sendo a participação de atividades físicas e desportivas em meio familiar mais benéficas para as pessoas com dificuldades

intelectuais. Segundo Wetterhahn et al. (2002), as relações sociais e a saúde psicológica são dois facilitadores do desporto adaptado que permitem que as pessoas com deficiência se focalizem nas suas capacidades, em vez dos desafios que ultrapassam devido às suas dificuldades.

Em Portugal, os atletas paralímpicos deparam-se com diversos desafios, mesmo apesar dos seus bons resultados em competições, como é o caso do investimento e do apoio à formação e ao desenvolvimento destes atletas, não sendo reconhecidos como deveriam pela sociedade e influenciando, conseqüentemente, a prestação dos seus resultados (Sousa et al., 2013). Wenner (2016) apresenta ainda como barreiras o desconhecimento das oportunidades desportivas que existem na sociedade, a falta de confiança, as dificuldades sentidas, a falta de interesse e apoio à prática desportiva, por parte de alguns pais; a pressão familiar, as atitudes sociais, a competitividade social, o isolamento social, a inacessibilidade de algumas instalações ou transportes para a prática desportiva; o reduzido conhecimento e sensibilidade para a deficiência, por parte de funcionários e voluntários; e os custos económicos dos equipamentos adaptados. Pessoas com deficiência estão sujeitas a diversas barreiras na prática desportiva, nomeadamente no que toca a apoios, flexibilidade, inclusão e acessibilidade de programas, o que torna importante a criação de oportunidades que possam combater estes desafios (Shields & Synnot, 2014). Desta forma, duas das soluções passam pela formação de todos os envolvidos na área desportiva, a fim de um melhor conhecimento e sensibilidade para com as pessoas com deficiência, conseguindo mais facilmente ir ao encontro das suas necessidades, bem como a criação de oportunidades desportivas, uma vez que ainda se verifica ambientes limitados, como é o caso da falta de opções de desportos adaptados ou a carência de apoios (Shields & Synnot, 2014).

A nível internacional as evidências científicas parecem indicar que o desporto é uma das áreas onde as pessoas com deficiência vivenciam experiências menos favoráveis e positivas que os pares típicos (Stevenson, 2009). A nível nacional, as pessoas com deficiência tendem a participar menos em atividades desportivas do que os seus pares típicos (Diz et al., 2019; Saraiva et al., 2013), adotando estilos de vida mais sedentários, o que as predispõe para perfis inferiores ao nível da saúde, com tendência para o isolamento social e para a menor participação e contribuição social, com eventuais repercussões na QdV (Diaz et al., 2019). O testar limites e potencialidades, e a visibilidade das capacidades funcionais que a prática desportiva proporciona (FPDPD, 2016), coloca em evidência a autoeficácia que atua como um dos indicadores da própria perceção que a pessoa (com deficiência) tem de si mesma no âmbito das suas capacidades e competências (Marsh &

Hattie, 1996), incluindo as físico-motoras, pelo que se torna pertinente uma maior atenção ao constructo. A prática de atividade físico-desportiva (AFD) tem efeitos positivos não só na aquisição de competências e na proeficiência motora (Hands et al., 2010; Zeng et al., 2017), como também na motivação para demonstrar o que se é capaz de fazer (Harter, 1987). Este conjunto de tópicos influencia a autoperceção do eu e a forma como me vejo (comportamentos) e sinto (pensamentos) (Hurley et al., 2015), relacionando-se com a capacidade física percebida (Barnett et al., 2011; Hands et al., 2010) e condição física (Carraro et al., 2010). Elevados níveis de autoeficácia em pessoas com lesões na medula espinhal estão na origem da prática e de experiências desportivas positivas (Kerstin et al., 2006). Para Dixon-Ibarra e Driver (2013) a principal barreira na origem dos baixos níveis de participação das pessoas com deficiência no desporto é o nível reduzido da sua autoeficácia. As barreiras internas dependem do indivíduo, provocando-lhe dor ou cansaço físico, como é o caso do funcionamento físico inadequado e do stress psicológico, e as barreiras externas correspondem a atitudes da sociedade onde o indivíduo está presente, a obstáculos nos contextos ambientais e à inadequação das infraestruturas (Moss et al., 2017).

Autoeficácia física e capacidade física percebida

As aquisições humanas e a vivência de bem-estar exigem um sentimento de eficácia pessoal (Bandura, 1994). De acordo com Bandura (2006), não existe uma medida única de autoeficácia dada a limitação explicativa da mesma face à multidimensionalidade da vida humana assumindo que esta medida teria um poder preditivo restrito, pois a maioria dos itens teria pouca ou nenhuma relevância no domínio da funcionalidade. Assim, se compreende a necessidade de instrumentos de avaliação específicos a cada domínio de atuação/investigação objeto de interesse. Isto apesar da literatura apontar para um conjunto de sub-habilidades comuns aos diferentes domínios, concorrendo para correlações entre domínios na eficácia percebida (Bandura, 1997). O conceito de autoeficácia está diretamente associado à autoperceção sobre o próprio desempenho (Bandura, 1997), elaborada sobre a forma de juízo de valor (Ferreira & Gaspar, 2007) com uma relação moderada com a capacidade física percebida (Fox et al., 1985) e com o sentimento de realização (Côté-Leclerc et al., 2017). A autoeficácia é entendida como o nível de confiança que uma pessoa tem na sua própria capacidade de concretizar habilidades ou tarefas específicas (Bandura, 1997; Ouyang et al., 2020).

No âmbito desportivo, a prática regular de AFD parece estar associada à motivação para a mesma, que por seu turno, e de acordo com as abordagens socio-cognitivas, parece incluir a noção de capacidade percebida para o desempenho de uma determinada tarefa (Rodgers et al., 2014). Do ponto de vista da teoria socio-cognitiva (Bandura, 1997), a autoeficácia parece definir-se como a autoconfiança para a realização de uma atividade específica, que envolve as competências necessárias para o domínio de atividades desafiantes, baseando-se nas crenças pessoais sobre as próprias capacidades para a ação com sucesso, desde comportamentos de vida diária até aos mais exigentes e dependentes de condições desafiantes e distintas. O autor acrescenta a necessidade de contextualizar as sub-habilidades que permitem o sucesso na ação, distinguindo autoeficácia (confiança para o comportamento) dos resultados expectáveis (consequências do desempenho). Ainda no âmbito da sua conceitualização, Maddux (1986) inclui dois tipos de autoeficácia: uma relacionada com a confiança para desempenhar os aspetos elementares da tarefa e, por isso, com a competência percebida; e o lidar com (no original, *coping*) as situações em circunstâncias desafiantes. Esta noção é integrada no setor desportivo dada a necessidade de se ser confiante para o desempenho das atividades básicas e de outras mais complexas (Rodgers et al., 2014). Para os autores, o carácter cíclico desta organização implica que quando temos uma boa noção de competência percebida num domínio, a sua realização é potenciada.

Apesar de utilizados como redundantes, autoeficácia (eficácia) e capacidade (física) percebida são dois constructos distintos, mas que se relacionam, no que se toca a comportamentos associados à saúde, como a prática desportiva e especialmente envolvendo a competição, que exige a organização e execução de múltiplos sub-conjuntos de habilidades, desde as mais simples às mais complexas (Rodgers et al., 2014). Os autores fundamentam-se na autoeficácia como estando associada (à persistência do) ao comportamento, e a capacidade percebida como estando associada à pessoa, inferindo-se que a autoeficácia física é mais específica do que a capacidade percebida (Campos, 2005). A capacidade física percebida, para além de determinante comportamental (Babic et al, 2014), fundamenta-se na crença que a própria pessoa tem para realizar a tarefa e adaptar-se ao contexto (Harter, 1999) e pelo seu carácter subjetivo, pode nem corresponder ao desempenho real. Tal como se infere, esta crença/noção no domínio físico parece alinhar-se com a prática de AFD regular na perspetiva de um maior nível de competência motora (progressivo), maior confiança para a prática regular e para a realização de tarefas mais complexas, explicando cerca de 64% da variância total da autovalorização global (Rose & Larkin, 2002). Acresce a evidência que estas competências são adquiridas desde

cedo (Edwards et al., 2016; Hands et al., 2020; Marques et al., 2017) e que se vão complexificando ao longo da trajetória desenvolvimental (Edwards et al., 2016). A menores níveis de capacidade física percebida corresponde a tendência para menor empenho e persistência na tarefa (Caetano & Januário, 2009).

O domínio físico é considerado como o preditor de maior peso na autoestima individual (Harter, 2012) e a sua relação direta com a prática desportiva pode trazer novos elementos para uma melhor compreensão e necessidade da regularidade dessa prática, dados que apontam para uma autovalorização mais forte (Quasim et al., 2020), uma perceção de si mesmo mais positiva (Fernández et al., 2019), ou autoeficácia. Os altos níveis de autoeficácia estão relacionados com melhores níveis de predisposição para a participação, para o trabalho e para uma melhor persistência, a longo prazo, em atingir objetivos mais elevados/complexos perante as dificuldades encontradas (Bandura, 1997; Martin, 2008). Bandura (1997) afirma que a autoeficácia desempenha um papel importante na autorregulação dos estados afetivos e que os níveis de autoeficácia estão associados ao desempenho em tarefas, ou seja, baixos níveis de autoeficácia podem estar associados a falhas repetidas na execução de determinadas tarefas e, naturalmente, altos níveis de eficácia a tarefas bem-sucedidas. É ainda observado que, tarefas com um nível de exigência maior contribuem mais facilmente para a autoeficácia, comparativamente com tarefas de baixa exigência (Bandura, 1997). O mesmo autor menciona que a autoeficácia é caracterizada por quatro variáveis: as conquistas ao nível do desempenho do próprio indivíduo, as suas experiências, a sua persuasão sócio-verbal e, por fim, a sua excitação fisiológica que, na sua articulação, determinam a capacidade de concretização com sucesso. Os praticantes de AFD parecem deter melhores índices de capacidades físicas percebidas do que pares não praticantes ou sedentários (Balaguer et al., 2012; Vedul et al., 2011), tal como as pessoas do género masculino (Lee et al., 1999), apesar de alguns resultados contraditórios (Gravito, 2007).

A correspondência forte entre autoeficácia e desempenho tem sido analisada no seio de grupos com desenvolvimento típico (adolescentes e adultos), mas pouco se sabe sobre esta relação com grupos com deficiência (Bertillis et al., 2018), dada a sua participação no campo da AFD ser menor e com tendência para índices superiores de sedentarismo e inatividade física, o que parece refletir-se no (menor) sucesso e participação (Velde et al., 2018) em atividades diárias. Por outro lado, Yang et al. (2021) relembram que o tipo de AFD praticada pode influenciar as autoperceções físicas. Bauman et al. (2012) reportam correlações fortes entre as variáveis “estado de saúde” e “autoeficácia” na prática de atividade física em população adulta, observando-se, que a

autoeficácia é uma das variáveis psicológicas mais determinante para a prática. Lowther et al. (2002) constata uma relação entre a autoeficácia e o desempenho, e que intervenções na área da relaxação e ativação têm uma influência positiva nestas duas variáveis. Atletas universitários apresentam melhores níveis de autoeficácia comparativamente com atletas recreativos, eventualmente explicado pela diferença entre as horas de treino e o apoio a nível social, funcional e financeiro (Martin, 2008). Elevados níveis de autoeficácia no treino traduzem-se em elevados níveis de autoeficácia no desempenho (Martin, 2008).

Katartzi et al. (2007) ressalta para a importância de estudos que avaliem o efeito da autoeficácia e da capacidade física percebida em atletas com deficiência, dado serem componentes essenciais para o desempenho, com resultados a mostrar a importância do estabelecimento de objetivos pessoais e da autoeficácia para o desempenho desportivo, bem como a importância da utilização do *feedback* e de experiências anteriores dos atletas para o estabelecimento desses objetivos pessoais. A definição de objetivos pessoais (Kyllo & Landers, 1995), as características da tarefa (Weinberg, 1994) e o *feedback* (Tzetziset et al., 1997) são variáveis com influência sobre a autoeficácia. Para Miller e McAuley (1987) a autoeficácia está relacionada com variáveis psicológicas e comportamentais, e não apenas com o desempenho, no que diz respeito ao contexto desportivo, e a existência de uma deficiência irá influenciar as autoperceções de valorização, mesmo considerando outras variáveis (Babic et al., 2014) como o tipo de deficiência: pessoas com deficiências motoras tendem a apresentar autoperceções menos positivas do que com dificuldades intelectuais (Cairney et al., 2005), e no âmbito deste diagnóstico as adolescentes apresentam autoperceções ainda mais positivas do que os pares do género masculino (Begley, 1999).

A autoperceção parece ir-se diferenciando com a idade (Campos, 2005; Harter & Pike, 1984), apesar de crianças (meninos) mais novas com perturbações do desenvolvimento e/ou deficiência reportarem evidências mais fortes entre a prática da AFD e o bem-estar psicológico, do que as adolescentes (Puce et al., 2019), eventualmente explicadas pelas transformações características da fase da adolescência. Adultos com deficiência motora parecem apresentar índices positivos de autoeficácia (Martin, 2008). O tipo de modalidade (Lee et al., 1999) e de competição (Gravito, 2007) parecem impactar as capacidades físicas percebidas, com os jogos de equipa e com a competição internacional a deter melhores resultados nos constructos em questão. A frequência da prática é outra variável, com uma correlação significativa e positiva, i.e., maior frequência corresponde a maior perceção de autoeficácia (Ferreira et al., 2011; Ferreira & Fox, 2007),

e as crianças/adolescentes que treinam mais de 2x/semana denotam uma autoperceção mais positiva (Babic et al., 2014). Estes resultados foram corroborados por Batey et al. (2014) com adolescentes com perturbação da coordenação motora.

A autoeficácia física parece não apresentar diferenças por género com grupos com deficiência (Ogu et al., 2016), apesar das pessoas com deficiência motora ou perturbação de coordenação motora tenderem para níveis inferiores de autovalorização (Cairney et al., 2005), encontrando-se resultados similares mesmo com crianças com desenvolvimento típico, mas com menor proficiência motora (Rose & Larkin, 2002). Apesar de tudo as evidências são ainda inconclusivas (Ferreira et al., 2011; Fox & Corbin, 1989): atletas sem deficiência a reportar valores médios mais elevados ao nível da autoeficácia percebida na comparação com os seus pares (com e sem deficiência) do género masculino (Ferreira et al., 2011). Os autores acrescentam ainda que as diferenças se esbatem ao nível competitivo, decorrentes da valorização que os próprios dão às respetivas dimensões: praticantes do género masculino com deficiência parecem valorizar mais a força física, quer em contexto desportivo como funcional e nas atividades de vida diária, do que os seus pares típicos. No entanto, outros estudos apontam para autoperceções mais positivas por parte dos participantes do género masculino (Vedul et al., 2011; Balaguer et al., 2012).

A capacidade física percebida e a autoeficácia contribuem para a saúde psicossocial e para a QdV (Drakouli et al., 2015), fundamentadas nos resultados que apontam uma forte relação entre constructos, destacando-se as experiências indiretas e passadas com papel importante para os valores positivos de autoeficácia (Velde et al., 2018). No entanto, há que lembrar que, em fases iniciais, os estados psicológicos negativos (e.g., dor, cansaço e ansiedade) podem influenciar negativamente a autoeficácia e a QdV (Middleton et al., 2007).

Qualidade de Vida

O conceito de QdV, apesar da sua referência não ser recente, tem conhecido uma atenção e interesse crescente no âmbito da intervenção com os grupos vulneráveis, como resposta à necessidade de uma vida o mais independente e participada possível, o que está a exigir a transformação das organizações prestadoras de apoios na criação de oportunidades de qualidade em contexto comunitário, visando a desinstitucionalização e esperando que se reflita numa sensação de maior bem-estar e de uma vida com mais qualidade (Santos et al., 2022). A QdV tem vindo a assumir um papel preponderante e de agente para a mudança ao nível do planeamento centrado na pessoa (Gómez et al., 2021),

sentindo-se a necessidade de repensar serviços e estratégias alinhados com condições de acessibilidade e disponibilidade de recursos (humanos e financeiros) em ambientes inclusivos (Schalock, 2020). A implementação do constructo de QdV é emergente nos mais variados setores sociais, e os seus indicadores podem ser úteis para o processo de avaliação e monitorização, e para boas práticas baseadas em evidências (Consortium on Quality of Life [CQOL], 2019; Santos et al., 2022).

A QdV, enquanto constructo, e apesar da multiplicidade de perspetivas e definições espelhadas na diversidade de modelos conceituais e, até na utilização de terminologias distintas (Santos, 2020), parece ser consensualmente aceite como envolvendo uma perceção subjetiva individual onde a própria pessoa coloca na balança a aquisição (ou não) dos objetivos individuais face às expectativas, padrões e preocupações, de acordo com os valores socioculturais onde se integra (WHOQOL, 1997). Além disso é um constructo dinâmico e passível de mudança que envolve um conjunto de domínios – caracterizando-se por ser um constructo multidimensional (mesmo que o número e a nomeação entre modelos possam variar), iguais para todas as pessoas – universal, que, contudo, podem ser valorizados de forma diferente no sentido de ser a própria pessoa a valorizar, mais ou menos, os mesmos consoante os objetivos e motivações individuais (CQOL, 2019), a influência de fatores pessoais e contextuais (Simões & Santos, 2017), e a qualidade e ajustamento do sistema de apoios e serviços (Gómez et al., 2019) na dupla perspetiva objetiva e subjetiva (Simões et al., 2016). A avaliação destes indicadores pode ajudar à certificação da qualidade e, a sua interpretação a critério, deve envolver a especificidade individual na ponderação dos objetivos pessoais validados no contexto (Santos, 2020). A avaliação da QdV tem sido utilizada também ao nível das intervenções desportivas (Kotte et al., 2014), baseada em indicadores como a autovalorização, autoperceção, autoestima e autoeficácia (Velde et al., 2018).

A prática desportiva é um fator promotor do desenvolvimento de recursos individuais e do aumento de habilidades específicas, e da expressão de habilidades não visíveis, contribuindo para a autonomia e qualidade de vida (Ingrassia et al., 2020) de crianças, adolescentes e adultos (Sahlin & Lexell, 2015), verificando-se uma associação positiva entre desempenho físico e aptidão física, saúde e controlo sob eventos externos (Kurková et al., 2011). O contributo da AFD para a saúde psicossocial (processos mentais, interação social e autoavaliação) é universal e para todas as pessoas (Gutierrez-Colina et al., 2015; Sahlin & Lexell, 2015). Pessoas com deficiência praticantes de AFD são mais autoconfiantes e com maior autoestima, e tendem a melhores desempenhos funcionais na vida diária, que se repercutem em melhores índices de autoeficácia, bem-estar, satisfação

com a vida, se com uma prática regular (Ingrassia et al., 2020). Os autores apontam como curiosidade, que no seu estudo comparativo entre praticantes com e sem deficiência apenas se observam diferenças no domínio físico, e que mesmos os praticantes ocasionais, tal como os regulares, exibem melhor QdV do que os pares com e sem desenvolvimento típico não praticantes (Biagini et al., 2022; Turan et al., 2021). Um ponto forte da prática desportiva passa pela consolidação da autoeficácia e do empoderamento pessoal, características que não se restringem aos contextos competitivos, transferindo-se para outros domínios da vida diária (Ingrassia et al., 2020).

Crianças com deficiência motora ou doenças crónicas podem melhorar o seu funcionamento independente e independência física pela prática de AFD, com impacto na sua inclusão e melhor bem-estar (Velde et al., 2018). Pessoas com deficiência que participam em desportos de competição apresentam melhor funcionamento social (Dinomais et al., 2010) e crianças/adolescentes com deficiência que participam em atividades desportivas reportam melhor autoconceito do que os seus pares típicos (Sahlin & Lexell, 2015). Esta situação corrobora outros dados sobre a melhor QdV, quer de pessoas com deficiência motora (Yazicioglu et al., 2012), quer de pessoas típicas, entre os 15 e os 69 anos em França, se praticantes, ainda superior se o envolvimento for em modalidades coletivas (Velde et al., 2018). Groff et al. (2009) acrescentam mesmo a relação direta entre atletas com paralisia cerebral e a melhor QdV e McVeigh et al. (2009) constata esta tendência com praticantes com lesão na medula espinal quando comparados com os não praticantes. O número de treinos por semana (frequência), a maior duração dos mesmos e o envolvimento em contextos de alto desempenho parecem contribuir para uma associação mais forte entre a prática desportiva e a QdV (Ciampolini et al., 2018). Ainda de acordo com estes autores constata-se a necessidade de se aprofundar o efeito de cada modalidade. A QdV de pessoas com deficiência motora em cadeira de rodas parece ter uma perceção subjetiva de QdV próxima da dos seus pares típicos, e que a influência da prática passa pelos fatores pessoais – pelo desenvolvimento das capacidades funcionais e pela oportunidade de participação social.

Côté-Leclerc et al. (2017) relacionaram a QdV de pessoas com deficiência motora vs. pessoas típicas para perceber a influência do desporto adaptado, e constataram que a prática desportiva impacta a QdV das pessoas com deficiência motora, tal como nos restantes. O aumento da participação social e dos relacionamentos interpessoais, em plena participação diária, parece associar-se a melhorias da saúde, desenvolvimento de capacidades e melhores desempenhos, com a melhoria de fatores pessoais (e.g., autoestima, autoeficácia e sentimento de inclusão) (Côté-Leclerc et al., 2017). No entanto,

foi observado que o desporto pode ter um impacto negativo na QdV das pessoas com deficiência motora, no que diz respeito à dor física sentida após a sua prática, ao stress psicológico causado pela competição e, por fim, aos fatores contextuais, como é o caso das limitações causadas pelos recursos financeiros, humanos e físicos (Côté-Leclerc et al., 2017).

Ao analisar a relação entre a participação no desporto adaptado, a satisfação com a vida e a QdV, Yazicioglu et al. (2012) observaram que: atletas com deficiência motora apresentam melhores níveis, comparativamente a pessoas com deficiência motora não praticantes; a duração desta participação não demonstra ser uma variável influenciadora na satisfação com a vida e QdV; e, que o apoio/suporte familiar é uma variável preditora na participação em comunidade e na QdV de pessoas com deficiência motora, independentemente da participação ou não na prática desportiva. Pessoas com lesões na medula espinhal tendem a ser inativas, apresentando menores níveis de satisfação com a vida e QdV, comparativamente com a restante população, enfrentando diversos desafios à sua participação em comunidade (Barker et al., 2009; Lund et al., 2007). No entanto, a prática desportiva tem-se demonstrado um fator crucial, tanto na participação em comunidade, como na QdV e na satisfação com a vida com grupos vulneráveis (Diaz et al., 2019). Apesar da recente e pouca literatura acerca do impacto psicossocial dos desportos adaptados, a mesma tende a referir que o desporto adaptado permite a melhoria do humor, autoeficácia, autoperceção física, otimização da capacidade física e um impacto positivo na QdV (Diaz et al., 2019).

Apesar do reduzido número de estudos dedicados a pessoas com deficiência, as evidências indicam que o desporto pode apresentar resultados positivos ao nível da autoestima, autoeficácia e QdV (Biagini et al., 2022; Diaz et al., 2019), com os dados a apontar para o aumento da competência percebida (física, psicossocial, ao nível da participação e autovalorização global) com atletas com diversos tipos de deficiência: paralisia cerebral, espinha bífida e deficiências neurológicas (Biagini et al., 2022; Sahlin & Lexell, 2015). A grande percentagem de atletas parece reportar uma associação positiva e forte entre a prática desportiva e a QdV (Biagini et al., 2022; Blauwet & Willick, 2012; Calheiros et al., 2021; Diaz et al., 2019), com repercussões positivas ao nível do emprego, saúde e participação social (Blauwet & Willick, 2012). No entanto, há a considerar a influência de algumas variáveis – estado civil (solteiro), nível de severidade (severo/profundo) e o baixo estatuto socioeconómico na vivência de uma vida com qualidade (Gnanaselvam et al., 2017).

A participação de atletas com deficiência no desporto influencia a sua QdV (Campbell, 1995; Campbell & Jones, 1994; Greenwood et al., 1990), nomeadamente no que diz respeito à satisfação com a vida, à sensação de bem-estar e à realização das atividades diárias, mais especificamente, estes atletas apresentam melhores níveis de humor, de capacidade de mobilização e de perceção da sua saúde geral e bem-estar e, por fim, reduzidos níveis de stress e depressão. Os resultados de Groff et al. (2009) apontam que adultos com níveis ligeiros de paralisia cerebral que praticam desporto apresentam melhores resultados na componente da QdV, apesar da influência negativa do nível de severidade.

Considerações Finais

Tal como se constata após a revisão da literatura, a autoeficácia física e a capacidade física percebida parecem ser dois correlatos/determinantes da prática regular de AFD, associando-se a (maior) competência atlética a (mais) treino (Stodden et al., 2008), apesar dos dados ainda inconsistentes (Bauman et al., 2012; Yang et al., 2021). A prática regular de AFD – abrangendo o setor educativo, recreativo ou competitivo, parece assumir um papel primordial no desenvolvimento mais harmonioso dos grupos com deficiência. As evidências indicam que o desporto pode apresentar resultados positivos ao nível da autoestima, autoeficácia e QdV (Biagini et al., 2022; Diaz et al., 2019), com os dados a apontar para o aumento da competência percebida (física, psicossocial, ao nível da participação e autovalorização global) com atletas com diversos tipos de deficiência: paralisia cerebral, espinha bífida e deficiências neurológicas (Biagini et al., 2022; Sahlin & Lexell, 2015).

Apesar da aposta na investigação e prática de atividade física e desportiva por parte das pessoas com desenvolvimento típico e tendencialmente adultas (Babic et al., 2014), parecem ainda existir poucos dados quanto à participação desportiva das pessoas com deficiência (Diz et al., 2019) e o impacto que a mesma detém ao nível da QdV. Estas informações poderão ser basilares para treinos centrados nas pessoas, que promovam um nível de desempenho funcional ou superior, ao mesmo tempo que podem ajudar a compreender o papel que a educação físico-motora, estruturada (European Commission, 2018; Santos et al., 2020) pode deter em contexto académico ou comunitário.

Apesar da listagem extensiva dos potenciais benefícios da prática desportiva por pessoas com deficiência, as evidências ainda são escassas no que concerne à temática do seu impacto na QdV (Côté-Leclerc et al., 2017; te Velde et al., 2018). Esta situação

assume igual relevância em Portugal, onde ainda se constata a falta de evidências a este nível (Diz et al., 2019), apesar da aposta que tem vindo a ser dada ao tema da atividade física e do desporto adaptado nos últimos anos (e.g., Almeida et al., 2020; Santos et al., 2020), com especial destaque para as pessoas com dificuldades intelectuais e/ou deficiência motora (Almeida et al., 2020; Diz et al., 2021). Fundamentadas na escassez de dados, o próximo artigo tentará responder a esta questão, através de um estudo exploratório e comparativo onde se procurará analisar a perceção que praticantes com deficiência têm sobre a sua autoeficácia e capacidade física percebida e o *transfer* na satisfação com a própria vida, tentando identificar pistas para a sensibilização/formação dos benefícios da prática desportiva, como para sua promoção mesmo entre os praticantes e qual o seu impacto na perceção subjetiva de QdV. Esta identificação de relações entre estes constructos e do seu impacto na satisfação da pessoa consigo mesma e com a vida (Férrandez-Bustos et al., 2019) pode ser relevante ao nível do micro (a pessoa), meso (práticas) e macrosistema (políticas e investigação).

Referências

- Abellán, J. & Januário, N. (2017). Barreras, facilitadores y motivos de la práctica deportiva de deportistas con discapacidad intelectual. *Psychology, Society e Education*, 9(3), 419-431. <https://doi.org/10.25115/psye.v9i3.1023>
- Balaguer, I., Atienza, F. & Duda, J. (2012). Self-Perceptions, Self-Worth and Sport Participation in Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 624–630. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38873
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4 (pp. 71-81). San Diego: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales, in *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307–337), Information Age Publishing.
- Barker, R., Kendall, M., Amsters, D., Pershouse, K., Haines, T. & Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(2), 149-155. <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>
- Barnett, L., Morgan, P., Van Beurden, E., Ball, K. & Lubans, D. (2011) A reverse pathway? Actual and perceived skill proficiency and physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43, 898–904, <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181fdfadd>.
- Batey, C., Missiuna, C., Timmons, B., Hay, J., Faught, B. & Cairney, J. (2014). Self-efficacy toward physical activity and the physical activity behavior of children with and without Developmental Coordination Disorder. *Human Movement Science*, 36, 258–271. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2013.10.003>

- Bauman, A., Reis, R., Sallis, J., Wells, J., Loos, R. & Martin, B. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380(9838): 258–71, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60735-1)
- Begley, A. (1999). The self-perceptions of pupils with Down Syndrome in relation to their academic competence, physical competence and social acceptance. *International journal of Disability, Development and Education*, 46 (4), 515-529. <https://doi.org/10.1080/103491299100489>
- Bertillis, K., Granlund, M. & Augustine, L. (2018). Measuring self-efficacy, aptitude to participate and functioning in students with and without impairments. *European Journal of Special Needs Education*, 33, 572–583. <https://doi.org/10.1080/08856257.2017.1386316>
- Biagini, A., Bastiani, L. & Sebastiani, L. (2022). The impact of physical activity on the quality of life of a sample of Italian people with physical disability. *Frontiers in Sports and Active Living*, 4:884074. <https://doi.org/10.3389/fspor.2022.884074>
- Blauwet, C. & Willick, S. (2012). The paralympic movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4(11), 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.08.015>
- Caetano, A. & Januário, C. (2009). Motivação, teoria das metas discentes e competência percebida. *Pensar a Prática*, 12(2). <https://doi.org/10.5216/rpp.v12i2.5891>
- Cairney, J., Hay, J., Faught, B., Wade, T., Corna, L. & Flouris, A. (2005). Developmental coordination disorder, generalized self-efficacy toward physical activity, and participation in organized and free play activities. *Journal of Pediatrics*, 147(4), 515-520, <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.05.013>
- Calheiros, D., Neto, J., Melo, F., Melo, F. & Munster, M. (2021). Quality of life and associated factors among male wheelchair handball athletes. *Perceptual and Motor Skills*, 128(4), 1623-1639. <https://doi.org/10.1177/00315125211014865>
- Campbell, E. (1995). Psychological well-being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Percept Motor Skill*, 81(2), 563-568. <https://doi.org/10.2466/pms.1995.81.2.563>
- Campbell, E. & Jones, G. (1994). Psychological well-being and wheelchair users. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11(4), 404-415. <https://doi.org/10.1123/apaq.11.4.404>
- Campos, J. (2005). *Autopercepções em crianças e jovens com Síndrome de Down – Estudo da competência e da aceitação social*. Tese de Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Porto (documento não publicado)
- Carraro, A., Scarpa, S. & Ventura, L. (2010). Relationships between physical self-concept and physical fitness in Italian adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 110, 522–530. <https://doi.org/10.2466/PMS.110.2.522-53>
- Carvalho, J. (1995). *Breve História das Organizações Desportivas*, Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência.
- Caspersen, C., Pereira, M. & Curran, K. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), 1601-1609. <https://doi.org/10.1097/00005768-200009000-00013>
- Celestino, T. & Pereira, A. (2015). Adapted Orienteering: Characteristics and Potentialities of a Sport for Inclusion. *Revista Científica da Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes*, 1(1), 12-17.

- Ciampolini, V., Pinto, M., Sousa, G., Silva, D. & Galatti, L. (2018). Do athletes with physical disabilities perceive their quality of life similarly when involved in different Paralympic Sports?. *Motriz: Revista Educação Física*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/s1980-6574201800040004>
- Consortium on Quality on Life (2019). *Towards a consensus document regarding the conceptualization, measurement, and application of the quality of life concept*. University of Gent, Bélgica.
- Côté-Leclerc, F., Duchesne, G., Bolduc, P., Gélinas-Lafrenière, A., Santerre, C., Desrosiers, J. & Levasseur, M. (2017). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0597-9>
- Crawford, A., Hollingsworth, H., Morgan, K. & Gray, D. (2008). People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. *Disability and health journal*, 1(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2007.11.004>
- DePauw, K. & Gavron, S. (2005). *Disability Sport*. 2nd Ed. Champaign, IL: Human Kinetics
- Diaz, R., Miller, E., Kraus, E. & Fredericson, M. (2019). Impact of Adaptive Sports Participation on Quality of Life. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 27(2), 73–82. <https://doi.org/10.1097/jsa.0000000000000242>
- Dinomais, M., Gambart, G., Bruneau, A., Bontoux, L., Deries, X., Tessiot, C. & Richard, I. (2010). Social Functioning and Self-Esteem in Young People with Disabilities Participating in Adapted Competitive Sport. *Neuropediatrics*, 41(2), 49–54. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255118>
- Dixon-Ibarra, A. & Driver, S. (2013). The role of self-efficacy in physical activity participation for persons with disabilities. *Adapted Sport, Physical Education, and Recreational Therapy*, 27(4), 31-36.
- Drakouli, M., Petsios, K., Giannakopoulou, M., Patiraki, E., Voutoufianaki, I. & Matziou, V. (2015). Determinants of quality of life in children and adolescents with CHD: a systematic review. *Cardiology in the Young*, 25(6), 1027-1036. <https://doi.org/10.1017/s1047951115000086>
- Edwards, L., Bryant, A., Keegan, R., Morgan, K. & Jones, A. (2016). Definitions, Foundations and Associations of Physical Literacy: A Systematic Review. *Sports Medicine*, 47(1), 113–126. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0560-7>
- European Commission. (2018). *Sport and physical activity. Special Eurobarometer 472*. Brussels: European Commission, Directorate-General for Education and Culture and co-ordinated by Directorate-General for Communication.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (2016). *Desporto para pessoas com deficiência – Manual de curso de treinadores de desporto / grau II*, Instituto Português do Desporto e Juventude.
- Fernández-Bustos, G., Infantes-Paniagua, Á., Cuevas, R. & Contreras, O. R. (2019). Effect of Physical Activity on Self-Concept: Theoretical Model on the Mediation of Body Image and Physical Self-Concept in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01537>
- Ferreira, J., Gaspar, P., Campos, J. & Senra, C. (2011). Auto-eficácia, competência física e auto-estima em praticantes de basquetebol com e sem deficiência física, *Motricidade*, 7(1), 55-68. [https://doi.org/10.6063/motricidade.7\(1\).120](https://doi.org/10.6063/motricidade.7(1).120)

- Ferreira, P. & Gaspar, P. (2007). *Self-efficacy, physical competence and self-esteem in athletes with and without Disability*, in C. Gonçalves, S. Cummins, M. Silva & R. Malina (Edts). *Sport and Education – a tribute to Martin Lee* (pp. 83-93), Imprensa da Universidade de Coimbra, Portugal, https://doi.org/10.14195/978-989-26-0474-9_6
- Fox, K. & Corbin, C. (1989). The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-430. <https://doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Fox, K., Corbin, C. & Couldry, W. (1985). Female physical estimation and attraction to physical activity. *Journal of Sport Psychology*, 7(2), 125-136. <https://doi.org/10.1123/jsp.7.2.125>
- Gnanaselvam, N., Vinoth Kumar, S. & Abraham, V. (2017). Quality of life of people with physical disabilities in a rural block of Tamil Nadu. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4(2), 171-177. <https://doi.org/10.1007/s40737-017-0095-8>
- Gravito, (2007). *Auto-estima e competência física percebida no desporto adaptado - estudo exploratório em atletas com deficiência motora e com deficiência intelectual*, Monografia apresentada com vista à obtenção do grau de licenciado em Ciências do Desporto e Educação Física pela Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra (documento não publicado)
- Greenwood, C., Dzewaltowski, D. & French, R. (1990). Self-efficacy and psychological well-being of wheelchair tennis and wheelchair non-tennis participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 7(1), 12-21. <https://doi.org/10.1123/apaq.7.1.12>
- Groff, D., Lundberg, N. & Zabriskie, R. (2009). Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 31(4), 318-326. <https://doi.org/10.1080/09638280801976233>
- Gutierrez-Colina, A., LaMotte, J., Eaton, C., Kardon, P. & Blount, R. (2015). The Role of Self-Competence in Health-Related Quality of Life and Behavioral Functioning of Children with Tourette Syndrome. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 36(9), 743–751. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000214>
- Hands, B., Rose, E., Chivers, P., McIntyre, F., Timler, A. & Parker, H. (2020). The Relationships Between Motor Competence, Physical Activity, Fitness and Self-Concept in Children and Adolescents with DCD. *Current Developmental Disorders Reports*. <https://doi.org/10.1007/s40474-020-00189-8>
- Hands, B., Rose, E., Parker, H. & Larkin, D. (2010). Does perceived competence, motor competence or fitness best predict physical activity among adolescents? *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12, e69–e70. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2009.10.143>
- Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. In: N. Eisenberg (ed.), *Contemporary topics in developmental psychology* (pp. 219-242). New York: Wiley
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2nd ed.). New York: Guilford Publications.

- Harter, S. & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children, *Child Development*, 55(6), 1969-1982. <https://doi.org/10.2307/1129772>
- Ingrassia, M., Mazza, F., Totaro, P. & Benedetto, L. (2020). Perceived Well-Being and Quality of Life in People with Typical and Atypical Development: The Role of Sports Practice. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*. 5(1):12. <https://doi.org/10.3390/jfmk5010012>
- Katartzi, E., Theodorakis, Y., Tzetzis, G. & Vlachopoulos, S. (2007). Effects of goal setting and self-efficacy on wheelchair basketball performance. *Japanese Journal Adapted Sports Science*, 5(1), 50-62. https://doi.org/10.20796/JJADSS.5.1_50
- Kerstin, W., Gabriele, B. & Richard, L. (2006). What promotes physical activity after spinal cord injury? An interview study from a patient perspective. *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 481-488. <https://doi.org/10.1080/09638280500211932>
- Kotte, E., de Groot, J., Winkler, A., Huijgen, B. & Takken, T. (2014). Effects of the Fitkids exercise therapy program on health-related fitness, walking capacity, and health-related quality of life. *Physical therapy*, 94(9), 1306–1318. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130315>
- Kurková, P., Válková, H. & Scheetz, N. (2011). Factors impacting participation of European elite deaf athletes in sport. *Journal of sports sciences*, 29(6), 607–618. <https://doi.org/10.1080/02640414.2010.548821>
- Kyllo, L. & Landers, D. (1995). Goal setting in sport and exercise: A research synthesis to resolve the controversy. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(2), 117-137. <https://doi.org/10.1123/jsep.17.2.117>
- Laskowski, E. & Lexell, J. (2012). Exercise and sports for health promotion, disease and disability. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4(11), 795-796. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.09.586>
- Lee, A., Fredenburg, K., Belcher, D. & Cleveland, N. (1999). Gender Differences in Children's Conceptions of Competence and Motivation in Physical Education. *Sport, Education and Society*, 4(2), 161-174. <https://doi.org/10.1080/1357332990040204>
- Lei n.º 5/2007. *Lei de Bases da Actividade Física e do Desporto*, Assembleia da República, Diário da República n.º 11/2007, Série I de 2007-01-16, páginas 356 - 363
- Lippold, T. & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5), 463-473. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x>
- Lowther, J., Lane, A. & Lane H. (2002). Self-efficacy and psychological skills during the Amputee Soccer World Cup. *Athletic Insight: The Online Journal of Sport Psychology*, 4, 23-34.
- Lund, M., Nordlund, A., Bernspång, B. & Lexell, J. (2007). Perceived participation and problems in participation are determinants of life satisfaction in people with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1417-1422. <https://doi.org/10.1080/09638280601029068>
- Lundberg, N., Bennett, J. & Smith, S. (2011). Outcomes of adaptive sports and recreation participation among veterans returning from combat with acquired disability. *Therapeutic Recreation Journal*, 45(2), 105.

- Maddux, J. & Stanley, M. (1986). Self-efficacy theory in contemporary psychology: An overview. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 249–255. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.249>
- Marsh, H. & Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of the self-concept. In B. Bracken (Ed.), *Handbook of self-concept: Development, social, and clinical considerations* (pp. 38–90). New York: Wiley
- Martin, J. (2008). Multidimensional self-efficacy and affect in wheelchair basketball players. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 25(1), 1-15. <https://doi.org/10.1123/apaq.25.4.275>
- McVeigh, S., Hitzig, S. & Craven, B. (2009). 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*, 32(2), 115–124. <https://doi.org/10.1080/10790268.2009.11760762>
- Middleton, J., Tran, Y. & Craig, A. (2007). Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1643-1648. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.09.001>
- Miller, J. & McAuley, E. (1987). Effects of a Goal-Setting Training Program on Basketball Free-Throw Self-Efficacy and Performance. *The Sport Psychologist*, 1(2), 103-113. <https://doi.org/10.1123/tsp.1.2.103>
- Moss, T., Landon, T. & Fleming, A. (2017). Sports and Disability: Enhanced Health, Self-Efficacy, and Social Inclusion Through Athletic Participation. *The Review of Disability Studies: An International Journal*, 13(3), 1-19.
- Neyroud, M. & Newman, C. (2021). Parents' perspectives on adaptive sports in children with profound intellectual and multiple disabilities. *Children*, 8(9), 815. <https://doi.org/10.3390/children8090815>
- Ogu, O., Umunnah, J. & Nwosu, K. (2016). Disability types, self-efficacy, and attitude to participate in physical activity in children with disabilities: a pilot study, *Palaestra*, 30(4), 25-32.
- Ouyang, Y., Wang, K., Zhang, T., Peng, L., Song, G. & Luo, J. (2020). The Influence of Sports Participation on Body Image, Self-Efficacy, and Self-Esteem in College Students. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03039>
- Parry, J. (2018). E-sports are Not Sports. *Sport, Ethics and Philosophy*, 13(1), 3-18. <https://doi.org/10.1080/17511321.2018.1489419>
- Pearsall, C. (2019). *The Relationship of Adaptive Sport Participation on Sense of Community and Community Integration*. Dissertação de mestrado, East Carolina University. <http://hdl.handle.net/10342/7443>
- Puce, L., Marinelli, L., Girtler, G., Pallecchi, I., Mori L., Simonini, M. & Trompetto, C. (2019). Self-perceived psychophysical well-being of young competitive swimmers with physical or intellectual impairment. *Perceptual and Motor Skills*, 26(5), 862–885. <https://doi.org/0031512519865849>
- Rodgers, W., Markland, D., Selzer, A-M, Murray, T. & Wilson, P. (2014). Distinguishing perceived competence and self-efficacy: An example from physical exercise. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 85, 527-539. <http://10.1080/02701367.2014.961050>

- Rose, E. & Larkin, D. (2002). Perceived competence, discrepancy scores, and global selfworth. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 127–140. <https://doi.org/10.1123/apaq.19.2.127>
- Sahlin, K. & Lexell, J. (2015). Impact of organized sports on activity, participation, and quality of life in people with neurologic disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 7(10), 1081-1088. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.03.019>
- Sánchez-Pay, A. & Sanz-Rivas, D. (2021). Wheelchair tennis, from health to competitive analysis: A narrative review. *Journal of Human Sport and Exercise*, 16(2), 284-295. <https://doi.org/10.14198/jhse.2021.162.05>
- Santos, S., Figueiredo-Serafim, V., Maldonado, I., Gomes, F., Peralta, M. & Marques, A. (2020). Psychosocial correlates of physical activity of children and adolescents with intellectual disability or motor impairment, in H. Samuel, M. Batista, H. Mesquita e J. Ribeiro, (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 166-182), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Santos, S., Simões, C., Verdugo, M. & Schalock, R. (2022). O Modelo de Qualidade de Vida e Apoios na Educação In S. Santos (Coord). *Diversidade e Educação Inclusiva: instrumentos validados* (pp. 35-48), Coleção Forças de Mudança em Educação, Lisboa, Instituto da Educação, Universidade de Lisboa (e-book), Lisboa, Portugal
- Saraiva, J., Almeida, M., Oliveira, C., Fernandes, C. & Cruz-Santos, A. (2013). Desporto Adaptado em Portugal: do conceito à prática, *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 18(5), 623-635. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.18n5p623>
- Schalock, R. (2020). *The Quality of Life Supports Model: Components and Applications*, Communication presented at 17th International Conference on Positive Behavior Supports, Florida, USA, <https://www.apbs.org/conference/files/2020presentations/Keynote-Schalock-text.pdf>
- Shields, N. & Synnot, A. (2014). An exploratory study of how sports and recreation industry personnel perceive the barriers and facilitators of physical activity in children with disability. *Disability & Rehabilitation*, 36(24), 2080-2084. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.892637>
- Simões, C. & Santos, S. (2017). The Impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research in Quality of Life*, 11(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9466-7>
- Simões, C., Santos, S. & Biscaia, R. (2016). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 16(2), 186-200. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.11.00211>.
- Sousa, A., Corredeira, R. & Pereira, A. (2013). Desporto Paralímpico em Portugal: da sua génese à atualidade. *Revista Portuguesa Ciências Desporto*, 13(1), 93-112. <https://doi.org/10.5628/rpcd.13.01.93>
- Stodden, D., Goodway, J., Langendorfer, S., Roberton, M., Rudisill, M., Garcia, C. & Garcia, L. (2008). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: an emergent relationship. *Quest*. 60(2), 290–306. <https://doi.org/10.1080/00336297.2008.10483582>
- Sungur, M. & Güven, B. (2021). Investigating the perceptions of individuals with disabilities related to participating into exercise. *PAMUKKALE Journal of Sports Sciences*, 12(2), 1-16.

- Tzetzis, G., Kioumourtzoglou, E. & Mavromatis, G. (1997). Goal setting and feedback for the development of instructional strategies. *Perceptual and Motor Skills*, 84(3), 1411-1427. <https://doi.org/10.2466/pms.1997.84.3c.1411>
- UN Inter-Agency Task Force on Sport for Development and Peace (s.d.). *What is Sport?*. Paris: UNESCO. Pesquisa feita a 19 novembro e disponível em: <https://www.sportanddev.org/en/learn-more/what-sport-and-development/what-sport-0>
- UNESCO (2019). *Sport at the service of the sustainable development goals UNESCO's youth and sport – invitation to collaborate for global impact*, Task Force & Funshops, Jakarta, Indonesia.
- Vedul-Kjelsås, V., Sigmundsson, H., Stensdotter, K. & Haga, M. (2011). The relationship between motor competence, physical fitness and self-perception in children. *Child: Care, Health and Development*, 38(3), 394–402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01275.x>
- Velde, S., Lankhorst, K., Zwinkels, M. Verschuren, O., Takken, T. & Groot, J. (2018). Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease- a cross-sectional study. *Sports Medicine- Open*, 4(38). <https://doi.org/10.1186/s40798-018-0152-1>
- Weinberg, R. (1994). Goal setting and performance in sport and exercise settings. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(4), 469-477. <https://doi.org/10.1249/00005768-199404000-00012>
- Wenner, R. (2016). Sports and recreation for children with disabilities. *Culminating Projects in Child and Family Studies*.
- Wetterhahn, A., Hanson, C. & Levy, C. (2002). Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *American Journal Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(3), 194-201. <https://doi.org/10.1097/00002060-200203000-00007>
- Winnick, J. & Porretta, D. (2016). *Adapted Physical Education and Sport*. Sixth edition. Human Kinetics.
- Yang, W., Wong, S., Sum, R. & Sit, C. (2021). The association between physical activity and mental health in children with special educational needs: A systematic review. *Preventive Medicine Reports*, 23, 101419. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101419>
- Yazdani, S., Yee, C. & Chung, P. (2013). Factors predicting physical activity among children with special needs. *Preventing chronic disease*, 10(7), 1-8. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120283>.
- Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A. & Tan, A. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5(4), 249-253. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.05.003>
- Zeng, N., Ayyub, M., Sun, H., Wen, X., Xiang, P. & Gao, Z. (2017). Effects of physical activity on motor skills and cognitive development in early childhood: A systematic review. *BioMedical Research International*. 2760716, 13 pages, <https://doi.org/10.1155/2017/2760716>

Artigo 2

A autoestima, a capacidade física percebida e a qualidade de vida de praticantes e não praticantes de atividade física e desportiva com deficiência – estudo exploratório e comparativo

Artigo 2: A autoestima, a capacidade física percebida e a qualidade de vida de praticantes e não praticantes de atividade física e desportiva com deficiência – estudo exploratório e comparativo

Resumo:

A atividade físico-desportiva (AFD) é crucial na melhoria de diversas capacidades psicomotoras de pessoas com deficiência, que tendem, contudo, para praticar menos. Dada a escassez de evidências, o nosso objetivo passa por analisar os efeitos desta prática na autoeficácia e capacidade física percebida de praticantes e não praticantes com deficiência, e na qualidade de vida (QdV) dos praticantes. As versões portuguesas do *Perfil de Auto percepção Física*, *subescala Capacidade Física Percebida* (da *Escala da Autoeficácia Física*) e *Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas* foram aplicadas a 300 pessoas com deficiência, entre os 13 e 77 anos (35.97 ± 14.78), 150 praticantes e 150 não praticantes, 175 do género masculino e 125 do género feminino. Os *t-student*, correlação de *Spearman*, *ANOVA one-Way* e o *post-hoc Scheffe* foram concretizados. Os resultados indicam valores médios superiores na *força física*, *autovalorização global*, itens *Tenho reflexos excelentes*, *Sou ágil e gracioso(a)* e *Tenho uma pega (aperto) forte*, *Estados emocionais do atleta* e *Relacionamento social no contexto desportivo*, com diferenças significativas ($p < .05$; $p < .01$) nas variáveis género, toma de medicação, idade, carga total, tempo de prática, distrito e diagnóstico. A AFD é uma influência positiva na auto percepção da competência física e da autoeficácia física, com impacto na QdV. Conclusões e recomendações serão apresentadas.

Palavras-chave: atletas; atividade física e desportiva; deficiência; autoeficácia física; capacidade física percebida; qualidade de vida.

Abstract:

Physical and sportive activity (PSA) is crucial in improving several psycho-motor-social competences of people with disabilities, who tend, however, to practice less PSA. Given the scarcity of evidence, our goal is to analyze the effects of PSA engagement on physical self-efficacy and perceived capacity of practitioners and non-practitioners with disabilities, and its effects on the quality of life (QoL) of practitioners. The Portuguese versions of the Physical Self-Perception Profile, Perceived Physical Capacity Subscale (of the Physical Self-Efficacy Scale) and the Questionnaire on the Quality of Life of Athletes were applied to 300 people with disabilities, between 13 and 77 years (35.97 ± 14.78), 150 practitioners and 150 non-practitioners, 175 male and 125 female. T-student, Spearman correlation, one-Way ANOVA and post-hoc Scheffe were performed. The results indicate higher mean values in physical strength, global self-valorization, and items *I have excellent reflexes*, *I am agile and graceful* and *I have a strong handle (grip)*, *Emotional states of the athlete* and *Social relationship in the sports context*, with significant differences ($p < .05$; $p < .01$) in the variables gender, medication, age, total load, time of practice, district and diagnosis. The PSA has a positive influence on the self-perception of physical competence and self-efficacy, with an impact on QoL. Conclusions and recommendations will be presented.

Keywords: athletes; physical and sportive activity; disabilities; physical self-efficacy; perceived physical capacity; quality of life.

Introdução

A participação em atividades físico-desportivas apresenta inúmeros benefícios para a saúde (física, psicológica, socioemocional) de todas as pessoas, incluindo as pessoas com deficiência (Liu et al., 2022). O desporto adaptado, i.e., atividades desportivas com equipamentos e/ou regras adaptadas para pessoas com deficiência (deficiência sensorial – visual e auditiva, motora, intelectual, multideficiência e perturbação da saúde mental), é um direito (Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes [FPDD], 2016) e uma oportunidade para assumir uma participação ativa a nível cultural, recreativo e social (Organização das Nações Unidas, 2006), tornando a prática desportiva acessível (Winnick et al., 2016). Estas atividades podem ser de alto rendimento, de recreação e para a própria satisfação da pessoa em causa, focada na saúde e na manutenção e/ou na promoção da capacidade física (FPDD, 2016). Para a mesma entidade, pessoas com deficiência devem ser integradas em competições cujo ambiente seja devidamente adaptado, que não deve ser, no entanto, separado em tempo e espaço das competições típicas, promovendo a harmonia entre as diferenças de cada pessoa durante a prática desportiva. Apesar do reduzido número de estudos dedicados a pessoas com deficiência, as evidências indicam que o desporto pode apresentar resultados positivos ao nível das qualidades motoras, como a força, flexibilidade e resistência (de Velde et al., 2018), autoestima, autoeficácia e qualidade de vida (QdV), entre outras (Diaz et al., 2019; Côté-Leclerc et al., 2017), com os dados a apontar para o aumento da competência percebida (física, psicossocial, ao nível da participação e autovalorização geral) em atletas com diversos tipos de deficiência: paralisia cerebral, espinha bífida e deficiências neurológicas (Sahlin & Lexell, 2015).

A atividade física apresenta um papel crucial na melhoria de diversas capacidades para as pessoas com deficiência, como é o caso das capacidades psicomotoras e psicossociais, contribuindo para a melhoria das componentes psicológicas, entre as quais a autoperceção física (Alfermann & Stoll, 2000) e autoeficácia (Diaz et al., 2019). Praticantes de atividade física tendem a manter ou a melhorar as suas capacidades funcionais, com participantes de hidroginástica a relatarem melhorias psicossociais, ao nível da autoestima, socialização e menores níveis de depressão, enquanto indivíduos não praticantes tendem a apresentar uma redução destas capacidades (de Velde et al., 2018; Kuwano & Silveira, 2002). Atletas com deficiência apresentam percepções similares de autoconceito aos seus pares típicos praticantes (Sahlin & Lexell, 2015). Os maiores níveis de autoestima e menores níveis de depressão são também corroborados por idosos

praticantes, eventualmente pela maior autonomia e QdV que a prática da atividade física regular proporciona (Costa, 2017), quer em crianças, quer em adultos (de Velde et al., 2018). O autor acrescenta ainda a contribuição para a capacidade funcional e cognitiva, relações sociais, e a redução do sentimento de incapacidade, solidão e isolamento.

As pessoas com deficiência praticantes de atividade física reportam melhor identidade atlética, mais afeto positivo e conseguem manter relações sociais mais fortes, o que pode contribuir para uma maior satisfação na vida (Shapiro & Martin, 2010). Elevados níveis de autoeficácia são observados em pessoas com lesões na medula espinhal e parecem basear-se na prática e experiências desportivas positivas (Kerstin et al., 2006), corroborando Dixon-Ibarra e Driver (2013) para quem a principal barreira dos baixos níveis de participação desportiva pelas pessoas com deficiência é o nível reduzido da sua autoeficácia. Babic et al. (2014) constaram uma associação forte entre a atividade física, competência física percebida (perceção subjetiva que o indivíduo tem acerca das suas capacidades físicas - Gravito, 2007) e autoeficácia (capacidade subjetiva que o indivíduo tem de acreditar ou confiar na suas competências para a realização de uma determinada tarefa - Bandura, 1997), que parece associar-se a melhores desempenhos a nível competitivo e que pode transferir-se para a funcionalidade diária (Diaz et al., 2019).

As pessoas sem deficiência praticantes de atividade físico-desportiva parecem apontar melhores reflexos, agilidade, velocidade e segurança física, conduzindo à sensação do sucesso e do empoderamento (Nascimento & Santos, submetido). Na comparação de praticantes e não praticantes, os primeiros tendem a reportar melhores resultados ao nível da autoeficácia física, força no geral e na preensão, com níveis de capacidade física percebida mais elevada (Branden, 2021). Segundo Lee et al. (1999), existem diferenças na perceção da competência em função do género, com o género masculino a tender para níveis mais elevados, mesmo na infância e em diferentes países (Hagger et al., 1998), possivelmente justificados pela tendência em serem mais ativos, apresentando melhores resultados ao nível da força e das competências desportivas (Boyer, 2008; Croker et al., 2003). O género feminino tende para menor autoestima na idade jovem-adulta, no entanto, com o envelhecimento estes resultados opõem-se (Teixeira et al., 2016). De forma geral, o género feminino apresenta valores médios mais elevados do que o género masculino no que toca à capacidade física (Gravito, 2007), mas apresenta um maior desagrado com a sua imagem corporal, causado pela expectativa de um corpo magro e frágil (Kantanista et al., 2015).

Com a idade existe a tendência para um aumento da auto percepção da condição e autoestima física, sendo que com o envelhecimento as pessoas conformam-se com o seu próprio corpo e aparência física (Costa, 2017; Orth et al., 2010; Teixeira et al., 2016). Este aumento na autoestima decorre até aos 60 anos, quando atinge o seu valor mais elevado e, após este, começa a declinar (Teixeira et al., 2016). Os mais jovens tendem a apresentar uma QdV mais elevada. A relação entre auto percepção da eficácia, competência física e autoestima global de 193 atletas de basquetebol com e sem deficiência foi analisada em função do género, tempo e frequência da prática desportiva (Ferreira et al., 2011). Os resultados obtidos permitiram verificar que o género feminino apresentou valores médios mais elevados do que o género masculino, na auto percepção da eficácia, confiança física, força física e autoestima global, demonstrando uma maior valorização e sentimentos individuais positivos associados ao corpo, no ambiente desportivo; a força física é a dimensão mais percebida e valorizada, uma vez que contribui para a mobilidade e autonomia dos atletas, sobretudo dos participantes em cadeiras de rodas, no seu quotidiano e, conseqüentemente, na prática desportiva; a frequência da prática desportiva está associada a níveis mais elevados de auto percepção da eficácia e da competência física, e a níveis mais baixos de autoestima global (Ferreira et al., 2011). Ainda de acordo com os mesmos autores, esta análise em função da idade aponta para que quanto mais novos são os atletas, mais baixos são os valores médios de auto percepção da força física e mais elevados os valores médios de autoestima global. Segundo Rose e Larkin (2002), 63,8% da capacidade física percebida é explicada pela variância total da autovalorização global.

Para além dos benefícios físicos e psicológicos, a prática de desporto adaptado parece deter um impacto positivo na QdV das pessoas com deficiência, especialmente no caso da deficiência motora (Côté-Leclerc et al., 2017), bem como permite que os praticantes apresentem sentimentos de bem-estar e perspetivas mais positivas face à vida, do que os seus pares não praticantes (Campbell & Jones, 1994; Yazicioglu et al., 2012), permitindo não só um melhor desempenho nas atividades de vida diária, como também na participação em comunidade (Diaz et al., 2019). Independentemente da modalidade praticada, os estudos apontam para que a QdV de pessoas com deficiência motora seja bastante satisfatória (Adriaansen et al., 2016; Diaz et al., 2019; Razak et al., 2016). No entanto, o desporto pode ter um impacto negativo na QdV destas pessoas, no que diz respeito à dor física sentida após a sua prática, ao stress psicológico causado pela competição e, por fim, aos fatores contextuais, como é o caso das limitações causadas pelos recursos financeiros,

humanos e físicos (Côté-Leclerc et al., 2017). É de se realçar, no entanto, que participantes com deficiência parecem focar-se nas suas capacidades e, não, nas suas limitações (Scarpa, 2011).

Pessoas com lesões na medula espinhal são pessoas mais inativas, com menores níveis de satisfação com a vida e QdV comparativamente com a restante população, enfrentando diversos desafios na participação em comunidade (Barker et al., 2009; Lund et al., 2007). Adolescentes com deficiência motora tendem a uma menor autoestima, sobretudo nos domínios da condição física e aceitação social (Scarpa, 2011), o que parece em consonância com o facto das pessoas com deficiência tenderem a ter dificuldades em desenvolver autopercepções, no que diz respeito às suas competências físicas (Gravito, 2007). A prática desportiva parece deter efeitos positivos na imagem corporal (Diaz et al., 2019). No entanto, pessoas com deficiência motora praticantes de atividade física e desportiva tendem a apresentar uma maior autoestima e autopercepção física do que os seus pares típicos não praticantes. O ambiente desportivo detém um papel crucial para as pessoas com deficiência motora, permitindo oportunidades para a promoção das suas capacidades (Ferreira & Fox, 2008; Scarpa, 2011).

Gravito (2007) avaliou a autoestima e a competência física de 13 atletas típicos e 37 atletas com deficiência motora ou dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID), e verificou que os atletas com DID apresentam maiores níveis de autoestima, que a atividade física e desportiva se apresenta como um fator positivo para a promoção da autoestima, da confiança e da autopercepção física e que, sobretudo o género masculino com DID, apresenta uma melhor autopercepção geral. Couto (2017) também observou que pessoas com DID têm valores médios superiores de autoestima comparativamente a pessoas com deficiência motora, no entanto, inferiores comparativamente a atletas com DID. Segundo Silva (2015), pessoas que tomam medicação apresentam uma pior autopercepção da sua QdV no geral, bem como do seu domínio físico, considerando, assim, que a toma de medicação apresenta uma influência negativa na QdV e, quanto maior for a quantidade de medicamentos utilizados, pior será este efeito para os indivíduos. A toma de medicação, por parte de idosos que praticam atividade física, encontra-se associada à autopercepção negativa da saúde no geral, o que pode ser explicada pela presença de morbilidades, bem como de dificuldades no acesso e controlo do uso diário dos medicamentos (Bortoluzzi et al., 2018). É interessante referir que numa análise nacional, Santos et al. (2013) apontam que a maior parte dos participantes residem e exercem a sua

prática desportiva na região de Lisboa e do Porto, e que eventualmente poderá explicar a melhor QdV que estas regiões proporcionam aos indivíduos.

As pessoas com deficiência tendem a praticar menos atividade física e desportiva, tendendo a apresentar menores níveis de autovalorização/autoestima e de imagem corporal. A escassez de conhecimentos e evidências sobre esta área é apontada a nível nacional (Diz et al., 2019, 2021). Desta forma, torna-se importante perceber e investigar os efeitos da prática da atividade física e desportiva na autoestima, na capacidade física percebida e na autoperceção física de praticantes e não praticantes com deficiência, tal como na qualidade de vida dos praticantes, tentando identificar pistas para a sensibilização/formação dos benefícios da prática desportiva, como para a sua promoção mesmo entre os praticantes e qual o seu impacto na perceção subjetiva de QdV. Baseados em estudos anteriores, avança-se com a hipótese que pessoas (crianças, adolescentes e adultos) com deficiência praticantes de atividade físico-desportiva demonstram melhores índices dos indicadores em análise do que os seus pares não praticantes.

Método

Participantes

A amostra do estudo foi composta por 300 participantes, dos quais 175 (58.3%) eram do género masculino e 125 (41.7%) do género feminino, entre os 13 e 77 anos (35.97 ± 14.78), e com a maioria dos participantes a residir em Faro, Lisboa e Setúbal com 132 (44%), 80 (26.7%) e 63 (21%), respetivamente (tabela 1). A maioria apresentava, no processo clínico, diagnóstico de DID (n=168, 56%) ou Deficiência Motora (n=54, 18%), 18 (6%) tinham deficiência visual, 2 (.7%) tinham deficiência auditiva, 36 (12%) tinham perturbação de saúde mental e os restantes multideficiência (n=22; 7.2%) resultante da associação de dois ou mais tipos de deficiência. Mais de metade (n=205, 68.3%) tomavam medicação. Metade dos participantes praticavam regularmente atividade física e desportiva, sendo a ginástica a modalidade mais apontada (n=39, 13% - tabela 1). O tempo de prática das modalidades variou entre 1 mês e 50 anos e a frequência semanal de prática (incluindo jogos e competições ao fim de semana), variou de 1 (n=58, 19.3%) a 10 (n=1, 0.3%) vezes por semana. A duração, em média, de cada treino/jogo variou entre 40 minutos (n=2, 0.7%) e 2 horas e 30 minutos (n=6, 2%). Apesar de não terem existido critérios de exclusão, foram utilizadas características demográficas e clínicas para os critérios de inclusão, nomeadamente, ter idade superior a 12 anos e um diagnóstico de deficiência.

Tabela 1: Caracterização demográfica dos participantes

	Variável	Frequência	Percentagem
Distrito	Beja	3	1.0
	Faro	132	44.0
	Guarda	4	1.3
	Lisboa	80	26.7
	Castelo Branco	1	0.3
	Santarém	6	2.0
	Setúbal	63	21.0
	Aveiro	2	0.7
	Porto	1	0.3
	Braga	7	2.3
	Leiria	1	0.3
	Modalidade	Boccia	8
Musculação		1	0.3
Ginástica		39	13.0
Atletismo		4	1.3
Futsal		1	0.3
Futebol		3	1.0
Educação Física		4	1.3
Natação		4	1.3
Basquetebol		8	2.7
Dança		2	0.7
Fitness		2	0.7
Judo		7	2.3
Vela		1	0.3
Treino Funcional		1	0.3
Ténis de campo		1	0.3
Ténis de mesa		2	0.7
2 modalidades		33	11.0
3 modalidades		15	5.0
4 modalidades		10	3.3
5 modalidades		2	0.7
6 modalidades	2	0.7	

Instrumentos

O *Physical Self Perception Profile for Children (C-PSPP)* é um instrumento de autorrelato multidimensional (Fox & Corbin, 1989), fiável, válido, traduzido e adaptado em 9 línguas diferentes, nomeadamente, na língua portuguesa (Fonseca e Fox, 2002), assumindo o nome de *Perfil de Auto percepção Física (C-PSPPp), Versão Portuguesa* (Fonseca et al., 1995), o instrumento que foi utilizado neste estudo, e avalia a auto percepção de crianças e adolescentes sobre a própria competência física (Bernardo & Matos, 2003). Este instrumento é composto por 36 itens, divididos em 6 domínios, que avaliam a auto percepção física (Whitehead, 1995): competência desportiva que engloba os itens 1, 7,

13, 19, 25 e 31; condição física (itens 2, 8, 14, 20, 26 e 32); atração corporal (itens 3, 9, 15, 21, 27 e 33); força física com os itens 4, 10, 16, 22, 28 e 34; autovalorização física (itens 5, 11, 17, 23, 29 e 35); e, por fim, a autovalorização global que engloba os itens 6, 12, 18, 24, 30 e 36 (Ramalho, 2004). Os quatro primeiros domínios do *C-PSPP* permitem obter informação sobre o autoconceito físico, e os últimos dois domínios permitem a recolha de informação sobre a autovalorização física do indivíduo, a nível global (Fonseca & Fox, 2002). Para cada item existem duas afirmações (totalmente ou parcialmente verdadeiro para mim). A classificação de cada item é realizada através de uma escala de 1 a 4, em que o valor mínimo corresponde a uma baixa adequação ou competência percebida e o valor máximo ao inverso (Bernardo & Matos, 2003). Os itens 2, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 16, 18, 19, 23, 26, 28, 31, 33, 35 e 36 são pontuados de 1 a 4, no entanto, os itens 1, 3, 5, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 32 e 34 são pontuados através da inversão da escala, de 4 a 1 (Ramalho, 2004), dada a sua forma de elaboração. Deste modo, a classificação final do *C-PSPP* é realizada através do somatório da pontuação de todos os itens, sendo que, quanto maior for esta pontuação, melhor é o autoconceito físico do indivíduo (Kowalski et al., 2001). Do ponto de vista métrico, a versão utilizada está validada para crianças e adolescentes. Os autores analisaram a validade de conteúdo confirmando a representatividade dos itens, e a fiabilidade com valores de consistência interna entre .73 (competência desportiva) e .85 (condição física) - mais elevados nas participantes de género feminino, e de estabilidade temporal entre $.71 > r < .92$ nos mesmos domínios, com correlações significativas para $p < .01$ (Bernardo & Matos, 2003). A análise fatorial exploratória identificou 4 fatores que explicam cerca de 53.4% da variância total.

A *Escala da Autoeficácia Física (PSES)* é um instrumento composto por duas subescalas, nomeadamente, a *subescala Capacidade Física Percebida (PPA)* e a *subescala Confiança de Autoapresentação Física (PSPC)* (Ryckman et al., 1985). Este instrumento é válido e fiável, no que diz respeito à força física percebida, à condição física e à confiança da autoapresentação física em contextos sociais (Ryckman et al., 1982). A *PSES* é composta por 22 itens, em que 10 destes itens correspondem à *subescala Capacidade Física Percebida (PPA)*, a que foi utilizada neste estudo) e os 12 itens restantes à *subescala Confiança de Autoapresentação Física (PSPC)* (Ryckman et al., 1985). A classificação é realizada com uma escala de *Likert* de 1 a 6, em que, na primeira subescala, a pontuação mínima corresponde a “discordo totalmente” e a pontuação máxima a “concordo totalmente”, e na segunda subescala, o inverso (Ryckman et al., 1985). Desta forma, a pontuação final da *subescala PPA* poderá variar entre 10 e 60 pontos e da

subescala PSPC de 12 a 72 pontos, sendo que na primeira subescala, quanto maior for a pontuação, maior é o nível de capacidade física e de força percebida; no entanto, na segunda subescala, quanto maior for a pontuação, maior é o nível de confiança da autoapresentação física em contextos sociais (Ryckman et al., 1985). Ambas estão associadas à participação desportiva e/ou de atividade física. Segundo Ryckman et al. (1982), a escala *PSES*, bem como as suas duas subescalas, *PPA* e *PSPC*, apresentam uma fiabilidade muito satisfatória, com valores de coeficiente alfa de .81, .84 e .74, respetivamente. Os autores analisaram correlações significativas da escala com diversos fatores individuais, ou seja, verificaram que indivíduos que têm maior nível de auto percepção física, têm maiores níveis de autoestima, de autocontrolo ($r=-.13$, $p<.05$), de sensações ($r=.19$, $p<.01$) e menores níveis de autoconsciência e ansiedade.

O *Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas (QQVA)* (Cunha, 2008), com a sua versão Brasileira (a que foi utilizada neste estudo), aparece como resultado da necessidade de um instrumento que avaliasse a QdV no contexto desportivo. A sua criação baseou-se em entrevistas estruturadas a 30 atletas de 8 distintas modalidades desportivas (basquetebol, futsal, ginástica em trampolim, andebol, judo, taekwondo, ténis e voleibol - Cunha et al., 2008) e foi aplicada a 298 atletas de ambos os géneros, entre os 14 a 20 anos, de diferentes modalidades desportivas e não apenas às anteriores (Cunha, 2008). Os 14 itens são cotados através de uma escala de *Likert* de 5 opções (0- “Nenhuma influência” a 4- “Total influência”) e, agrupam-se em cinco fatores, os sinais e sintomas do excesso de treino (itens 7, 8, 9 e 10), as condições básicas de saúde (itens 4, 5 e 6), o relacionamento social no contexto desportivo (itens 1, 2 e 3), os estados emocionais do atleta (itens 13 e 14) e, por fim, o planeamento e a periodização do treino desportivo (itens 11 e 12) (Cunha, 2008). Do ponto de vista métrico, o questionário foi validado por oito especialistas, os quais analisaram as cargas fatoriais dos itens com valores entre .75 e .90 e a consistência interna do questionário, através de *Alpha de Conbach*, com $\alpha=.73$, confirmando a validade e fidelidade do instrumento para a avaliação da percepção da QdV de atletas (Cunha, 2008).

Durante a aplicação dos três instrumentos foram usadas adaptações de acordo com as dificuldades na compreensão às questões colocadas, sendo apresentados exemplos e, no caso da *subescala Capacidade Física Percebida (PPA)* da *Escala da Autoeficácia Física (PSES)*, no item 4 (“consigo correr rápido”), em pessoas com deficiência motora foi considerado através da utilização das tecnologias de apoio (e.g. cadeira de rodas).

Procedimentos

A concretização do estudo esteve de acordo com as Diretrizes de Helsínquia, assegurando-se todos os requisitos éticos inerentes a uma investigação desta natureza. Numa primeira fase, foram contactadas as direções de várias entidades e associações desportivas, através de um contacto telefónico inicial, para que em seguida se procedesse ao envio por email de um documento de consentimento informado onde para além da explicitação do estudo (objetivo e procedimentos), se garantia a confidencialidade e anonimato dos dados, a participação voluntária dos participantes, reservando-lhes a total liberdade de escolha, podendo desistir a qualquer momento e a inexistência de riscos para a integridade física. Depois de obtida esta autorização inicial, estas entidades serviam de intermediário e solicitaram a autorização aos tutores/encarregados de educação, tendo para este efeito sido enviado também um consentimento informado. Depois de recolhidos todos estes documentos assinados – apenas os participantes/responsáveis que assinaram foram considerados elegíveis para o estudo, iniciou-se a aplicação dos instrumentos (presencialmente ou via plataforma virtual).

O processo de recolha de dados implicou a aplicação, em forma de autopreenchimento ou por entrevista, dos três instrumentos, e foi feito em horário acordado com os participantes, tentando minimizar a interferência com a atividade a realizar. Este procedimento decorreu de dezembro de 2021 a agosto de 2022, e a maioria dos questionários foi administrada pelo entrevistador (n=285), por um técnico da instituição (n=11) e autopreenchimento (n=4, participantes com diagnóstico de deficiência motora). Todos os questionários aplicados pelo entrevistador foram acompanhados por um técnico da instituição, tutor ou encarregado de educação, de forma a garantir a compreensão das perguntas e o auxílio aos participantes, quando necessário, nas respostas às questões colocadas. Para a aplicação dos restantes questionários foram dadas informações e esclarecimentos para a correta realização do mesmo. A duração média da aplicação dos instrumentos foi de 20 minutos. Para o tratamento dos dados recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28.

Apresentação dos Resultados

De acordo com o objetivo, os resultados serão apresentados ao nível da estatística descritiva: mínimos e máximos, valores médios e desvios-padrão para os três instrumentos (tabela 2), do estudo comparativo nas variáveis género e toma de medicação onde se

recorreu ao teste *t-student* (tabela 3), ao estudo correlacional (correlação de *Spearman*) com as variáveis idade, carga e tempo de prática (tabela 4), e ao estudo comparativo com a *ANOVA one-Way* no âmbito da análise por distrito (tabela 5) e diagnóstico (tabela 6), com base nos teste *post-hoc Scheffe* para a comparação múltipla entre pares possíveis de médias das várias categorias desta variável. O nível de significância foi de .05. No âmbito das correlações foram assumidos os valores de referência (Marôco, 2014): fracas se inferiores a .30, moderadas entre .30 e .60, e fortes se superiores a .70, tendo sido ainda calculados os tamanhos dos efeitos assumindo-se como (Lipsey & Wilson, 2001): insignificantes se $0 < d \leq .19$, pequenos se $.20 \leq d \leq .49$, médios se $.50 \leq d \leq .79$ e grandes se $d \geq .80$. Apenas lembrar que o QQVA apenas foi aplicado a metade da amostra (n=150), que era praticante.

As dimensões mais valorizadas no âmbito da Autoperceção Física (tabela 2) são a *Força Física* e a *Autovalorização Global*, e as com valores inferiores são a *Competência Desportiva* e a *Condição Física*. Já ao nível da Capacidade Física Percebida as variáveis mais valorizadas são a *PSES 2*, *PSES 1* e *PSES 9*, e as menos a *PSES 7* e *PSES 6*. A dimensão mais valorizada na QdV dos atletas é os *Estados emocionais do atleta* e a que obteve valores médios mais baixos é o *Planeamento e periodização do treino desportivo*.

Tabela 2: Valores estatística descritiva para os instrumentos e respetivos domínios

Variável	M±sd	Min.	Máx.
Dimensão Competência Desportiva	2.97±.66	1	4.3
Dimensão Condição Física	2.57±.68	1	4
Dimensão Atração Corporal	2.99±.78	1	4
Dimensão Força Física	3.43±.65	1.2	4.2
Dimensão Autovalorização Física	3.32±.76	1	4
Dimensão Autovalorização Global	3.39±.68	1.2	4
C-PSPPp Média Total	3.11±.53	1.5	4
PSES 1 Tenho reflexos excelentes	4.84±1.26	1	6
PSES 2 Sou ágil e gracioso(a)	5.20±1.23	1	6
PSES 3 O meu físico é forte	4.43±1.47	1	6
PSES 4 Consigo correr rápido	3.30±1.98	1	6
PSES 5 Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico	4.34±1.51	1	6
PSES 6 Tenho um tónus muscular pobre	1.53±1.04	1	6
PSES 7 Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva	1.85±1.51	1	6
PSES 8 A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto	3.57±2.04	1	6
PSES 9 Tenho uma pega (aperto) forte	4.84±1.47	1	6

Tabela 2 (cont): Valores estatística descritiva para os instrumentos e respetivos domínios

Variável	M±sd	Min.	Máx.
PSES 10 Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer	4.43±1.50	1	6
<i>PSES Média Total</i>	3.832±.87	1.6	5.5
Sinais e Sintomas do excesso de treino	2.02±1.57	0	4
Condições básicas de saúde	1.06±1.22	0	4
Relacionamento social no contexto desportivo	3.84±.54	0	4
Estados emocionais do atleta	5.76±.81	0	6
Planeamento e periodização do treino desportivo	.37±.1.03	0	4
<i>QQVA Média Total</i>	1.86±.80	.80	4

C-PSPP= Perfil de Auto percepção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas.

De acordo com os resultados da tabela 3, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na *Condição Física*, $t(298)=1.657$; $p=.049$), com o tamanho dos efeitos pequeno ($.20 \leq d \leq .49$) e com o género masculino com valores médios mais elevados do que o género feminino, no perfil da auto percepção física. Na *Escala da Autoeficácia Física (PSES)* as diferenças significativas foram apontadas: na *Média Total* $t(298)=2.341$; $p=.01$), *PSES 2* $t(298)=-1.724$; $p=.04$), *PSES 3* $t(298)=2.723$; $p=.003$), *PSES 4* $t(298)=2.511$; $p=.006$), *PSES 5* $t(298)=2.356$; $p=.01$), *PSES 6* $t(298)=-2.167$; $p=.016$), *PSES 8* $t(298)=2.837$; $p=.002$) e *PSES 10* $t(298)=2.617$; $p=.005$). Nas variáveis *PSES Média Total*, *PSES 3*, *PSES 4*, *PSES 5*, *PSES 8* e *PSES 10*, o género masculino apresenta valores médios mais elevados do que o género feminino, que, no entanto, apresenta valores médios mais elevados do que o género masculino nas variáveis *PSES 2* e *PSES 6*. Relativamente ao tamanho dos efeitos destas variáveis são insignificantes ($0 < d \leq .19$) na variável *PSES 2*, e pequeno ($.20 \leq d \leq .49$) nas restantes variáveis (*PSES Média Total*, *PSES 3*, *PSES 4*, *PSES 5*, *PSES 6*, *PSES 8* e *PSES 10*).

Tabela 3: Determinantes da Auto percepção Física, Capacidade Física Percebida e QdV dos atletas em função do género e toma de medicação

Variável	Género		p	d	Medicação		p	d
	Masculino	Feminino			Não	Sim		
	(n=175) M±SD	(n=125) M±SD			(n=95) M±SD	(n=205) M±SD		
Dimensão Competência Desportiva	2.99±.64	2.94±.70	.22		3.08±.66	2.926±.67	.03	.23
Dimensão Condição Física	2.63±.67	2.495±.69	.04	.20	2.64±.63	2.54±.70	.12	
Dimensão Atração Corporal	2.97±.80	3.01±.75	.35		3.07±.76	2.95±.78	.09	
Dimensão Força Física	3.43±.63	3.42±.68	.44		3.43±.66	3.43±.642	.49	
Dimensão Autovalorização Física	3.33±.76	3.30±.76	.34		3.39±.74	3.29±.76	.14	

Tabela 4 (cont): Determinantes da Autoperceção Física, Capacidade Física Percebida e QdV dos atletas em função do género e toma de medicação

Variável	Género				Medicação			
	Masculino	Feminino			Não	Sim		
	(n=175) M±SD	(n=125) M±SD	p	d	(n=95) M±SD	(n=205) M±SD	p	d
Dimensão Autovalorização Global	3.36±.67	3.42±.69	.21		3.52±.54	3.33±.72	.01	.30
C-PSPPp Média Total	3.12±.53	3.1±.53	.36		3.19±.51	3.08±.54	.04	.21
PSES 1 Tenho reflexos excelentes	4.92±.88	4.74±1.22	.11		5.09±1.12	4.73±1.31	.009	.30
PSES 2 Sou ágil e gracioso(a)	5.1±1.32	5.34±1.26	.04	.19	5.19±1.24	5.2±1.22	.46	
PSES 3 O meu físico é forte	4.62±1.17	4.16±1.44	.003	.35	4.67±1.28	4.32±1.5	.03	.25
PSES 4 Consigo correr rápido	3.54±1.47	2.96±1.96	.006	.33	3.87±1.89	3.03±1.97	<.001	.44
PSES 5 Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico	4.51±1.97	4.10±1.45	.01	.24	4.6±1.41	4.21±1.54	.02	.26
PSES 6 Tenho um tónus muscular pobre	1.42±1.55	1.68±.91	.02	.20	1.41±.95	1.58±1.08	.10	
PSES 7 Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva	1.80±1.19	1.93±1.46	.24		1.65±1.37	1.95±1.57	.06	
PSES 8 A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto	3.85±1.58	3.18±2.0	.002	.37	4.07±1.91	3.33±2.06	.002	.37
PSES 9 Tenho uma pega (aperto) forte	4.94±1.44	4.70±1.5	.08		5.2±1.22	4.67±1.543	.002	.38
PSES 10 Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer	4.62±1.42	4.17±1.57	.005	.30	4.85±1.30	4.24±1.549	<.001	.43
PSSES Média Total	3.93±.69	3.70±.85	.01	.30	4.06±.76	3.73±.90	<.001	.40

Variável	Género				Medicação			
	Masculino	Feminino			Não	Sim		
	(n=89) M±SD	(n=61) M±SD	p	d	(n=55) M±SD	(n=95) M±SD	p	d
Sinais e Sintomas do excesso de treino	2.04±1.50	1.99±1.68	.089		1.66±1.55	2.23±1.56	.918	
Condições básicas de saúde	1.10±1.23	1.01±1.22	.797		1.04±1.27	1.8±1.20	.460	
Relacionamento social no contexto desportivo	3.82±.60	3.86±.44	.382		3.84±.62	3.84±.49	.749	
Estados emocionais do atleta	5.74±.90	5.80±.66	.382		5.76±.93	5.76±.73	.749	
Planeamento e periodização do treino desportivo	.45±1.08	.26±.95	.056		.26±.85	.44±1.19	.050	
QQVA Média Total	1.88±.78	1.82±.83	.321		1.63±.73	1.99±.82	.004	.46

p<.05; C-PSPPp= Perfil de Autoperceção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia

Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas.

Já em função da toma de medicação, verificam-se diferenças significativas na C-PSPPp Média Total $t(298)=1.736$; $p=.042$), nas Dimensão Competência Desportiva $t(298)=1.862$; $p=.032$) e Autovalorização Global $t(298)=2.348$; $p=.010$). O tamanho dos efeitos na C-PSPPp Média Total e nas Dimensões Competência Desportiva e

Autovalorização Global é pequeno ($.20 \leq d \leq .49$). Os participantes que não tomam medicação, tal como expectável, apresentam valores médios mais elevados do que os que tomam medicação. Na autoeficácia física as diferenças significativas encontram-se na *PSES Média Total* $t(298=3.180; p<.001)$, *PSES 1* $t(298=2.363; p=.009)$, *PSES 3* $t(298=1.968; p=.025)$, *PSES 4* $t(298=3.500; p<.001)$, *PSES 5* $t(298=2.156; p=.016)$, *PSES 8* $t(298=-2.969; p=.002)$, *PSES 9* $t(298=2.959; p=.002)$ e na *PSES 10* $t(298=3.355; p<.001)$. Em todas estas variáveis, o tamanho dos efeitos é pequeno ($.20 \leq d \leq .49$). Os participantes que não tomam medicação apresentam valores médios mais elevados. Ao nível da QdV de atletas e em função do género, não são encontradas diferenças significativas, apesar de a toma de medicação reportar diferenças significativas na *QQVA Média Total* $t(148=-2.670; p=.004)$. Nesta variável o tamanho dos efeitos é pequeno ($.20 \leq d \leq .49$). Os participantes que tomam medicação apresentam valores médios mais elevados, com exceção na dimensão *Relacionamento social no contexto desportivo* e na dimensão *Estados emocionais do atleta*, em que estes valores são semelhantes.

Na análise da tabela 4 não existem correlações significativas entre dimensões/total com a *Idade*, apesar de se observar, na análise da *Carga Total* e *Tempo de prática (anos)*, que parece influenciar um melhor nível de autoperceção física total nos participantes. A *Carga Total* parece deter uma correlação significativa fraca ($0 < r \leq .30$) com o total as restantes dimensões, exceção na *Competência Desportiva* com correlação significativa moderada ($.30 < r \leq .60$). O *Tempo de prática* parece apresentar uma correlação significativa fraca ($0 < r \leq .30$) nas *Dimensões Condição Física*, *Atração Corporal*, *Força Física*, *Autovalorização Física* e *Autovalorização Global*. A correlação entre o *Tempo de prática* e a *C-PSPPp Média Total* e entre o *Tempo de prática* e a *Dimensão Competência Desportiva* é significativa e moderada ($.30 < r \leq .60$). Já na análise da *Escala da Autoeficácia Física (PSES)*, constata-se uma correlação significativa entre as dimensões e o total com a variável *Idade*, mas não com as restantes variáveis (*Carga Total* e *Tempo de prática*).

Tabela 5: Determinantes da Autoperceção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função da idade, carga total e tempo de prática

Variável	Idade		Carga Total		Tempo de prática (anos)	
	r	p	r	p	r	p
Dimensão Competência Desportiva	-.10	.09	.36**	<.001	.39**	<.001
Dimensão Condição Física	.09	.11	.17**	.003	.20**	<.001

Tabela 6(cont): Determinantes da Auto percepção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função da idade, carga total e tempo de prática

Variável	Idade		Carga Total		Tempo de prática (anos)	
	r	p	r	p	r	p
Dimensão Atração Corporal	-.08	.17	.19**	.001	.22**	<.001
Dimensão Força Física	.06	.28	.15**	.009	.22**	<.001
Dimensão Autovalorização Física	-.02	.74	.18**	.002	.23**	<.001
Dimensão Autovalorização Global	-.05	.42	.18**	.002	.18**	.002
C-PSPPp Média Total	-.03	.59	.26**	<.001	.31**	<.001
PSES 1 Tenho reflexos excelentes	-.20*	<.001	.15*	.01	.16**	.005
PSES 2 Sou ágil e gracioso(a)	.11*	.04	.11	.05	.11	.06
PSES 3 O meu físico é forte	-.18**	.002	.12*	.03	.14*	.01
PSES 4 Consigo correr rápido	-.41**	<.001	.21**	<.001	.20**	<.001
PSES 5 Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico	-.27**	<.001	.35**	<.001	.31**	<.001
PSES 6 Tenho um tónus muscular pobre	.12*	.04	-.13*	.02	-.11*	.04
PSES 7 Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva	.12*	.04	-.23**	<.001	-.22**	<.001
PSES 8 A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto	-.36**	<.001	.33**	<.001	.33**	<.001
PSES 9 Tenho uma pega (aperto) forte	-.18**	.002	.37**	<.001	.33**	<.001
PSES 10 Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer	-.23**	<.001	.40**	<.001	.41**	<.001
PSES Média Total	-.31**	<.001	.33**	<.001	.32**	<.001
**p<.01; * p<.05						
Sinais e Sintomas do excesso de treino	.07	.43	.04	.66	.03	.69
Condições básicas de saúde	.03	.73	.04	.67	.12	.14
Relacionamento social no contexto desportivo	-.16	.05	-.10	.24	.06	.50
Estados emocionais do atleta	-.16	.05	-.10	.24	.06	.50
Planeamento e periodização do treino desportivo	-.02	.78	.07	.42	.23**	.006
QOVA Média Total	.09	.30	.08	.34	.08	.32

**p<.01; C-PSPPp= Perfil de Auto percepção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia Física; QOVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas.

Quanto mais novos os participantes, menor a capacidade física percebida total. Contudo, o aumento da *Carga Total* e do *Tempo de prática* parece associar-se ao um aumento do nível de capacidade física percebida total. As correlações significativas são fracas ($0 < r \leq .30$) entre a *Idade* e as variáveis *PSES 1*, *PSES 2*, *PSES 3*, *PSES 5*, *PSES 6*, *PSES 7*, *PSES 9* e *PSES 10*; e entre a *Carga Total* e o *Tempo de prática* com as variáveis *PSES 1*, *PSES 3*, *PSES 4*, *PSES 6* e *PSES 7*; mas moderadas ($.30 < r \leq .60$) entre a *Idade* e as variáveis *PSES Média Total*, *PSES 4* e *PSES 8*; e entre a *Carga Total* e o *Tempo de prática* e a *PSES Média Total*, *PSES 5*, *PSES 8*, *PSES 9* e *PSES 10*.

No âmbito QQVA, não existem quaisquer correlações significativas entre as dimensões ou o total com a variável *Idade* e *Carga Total*. No entanto, verifica-se uma correlação significativa fraca ($0 < r \leq .30$) entre o *Tempo de prática* e a dimensão *Planeamento e periodização do treino desportivo*.

Em função do *Distrito* (tabela 5), existem diferenças significativas entre Faro e os restantes, com Faro a apresentar os menores valores médios. O valor médio do distrito de Setúbal é superior ao de Lisboa. Resultados idênticos são encontrados na *Escala da Autoeficácia Física (PSES)*, com a exceção do valor médio de Lisboa ser superior ao de Setúbal. Não se verificam diferentes na QdV por distrito, embora não existam diferenças significativas.

Tabela 7: Determinantes da Autoperceção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função do distrito

Variável	(I) Distrito	(J) Distrito	Diferença média (I-J)	SD	p
C-PSPPp Média Total	Faro	Lisboa	-.2948*	.07	<.001
	Faro	Setúbal	-.4720*	.07	<.001
	Setúbal	Lisboa	.1773	.08	.09
PSES Média Total	Faro	Lisboa	-.4441*	.12	.001
	Faro	Setúbal	-.3819*	.13	.01
	Setúbal	Lisboa	-.0622	.14	.910
QQVA Média Total	Faro	Lisboa	.3008	.19	.28
	Faro	Setúbal	.4300	.19	.09
	Setúbal	Lisboa	-.1292	.14	.64

$p < .05$; C-PSPPp= *Perfil de Autoperceção Física, Versão Portuguesa*; PSES= *Escala da Autoeficácia Física*; QQVA= *Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas*; Faro (n=132); Lisboa (n=80); Setúbal (n=63).

Em função do diagnóstico (tabela 6), no *Perfil de Autoperceção Física (C-PSPPp)*, verificam-se diferenças significativas entre participantes com Deficiência Motora e DID, com estes últimos a apresentar valores médios superiores [$f(-.2951) = .0806$; $p = .011$]. Na *Escala da Autoeficácia Física (PSES)* observam-se diferenças significativas entre os participantes com Deficiência Sensorial e Deficiência Motora; Deficiência Motora e DID; e, por fim, DID e Perturbação de Saúde Mental, com os primeiros a apresentar valores médios superiores quanto aos participantes com Deficiência Motora [$f(-.8085) = .2092$; $p = .006$]; os participantes com DID apresentam valores médios superiores aos dos com Deficiência Motora [$f(-.9114) = .1250$; $p < .001$] e Perturbação de Saúde Mental [$f(.4817) = .1468$; $p = .031$].

Tabela 8: Determinantes da Autoperceção Física e Capacidade Física Percebida dos atletas em função do diagnóstico

Variável	(I) Diagnóstico	(J) Diagnóstico	Diferença média (I-J)	SD	p
C-PSPPp Média Total	DS	DM	.3124	.13	.26
	DS	DID	.0173	.12	1.0
	DS	PSM	.1764	.14	.83
	DS	Multideficiência	.3727	.16	.24
	DM	DID	-.2951*	.08	.01
	DM	PSM	-.1361	.11	.83
	DM	Multideficiência	.0603	.13	.99
	DID	PSM	.1591	.09	.59
	DID	Multideficiência	.3554	.12	.06
	PSM	Multideficiência	.1963	.14	.74
PSES Média Total	DS	DM	.8085*	.21	.006
	DS	DID	-.1029	.19	.99
	DS	PSM	.3789	.22	.58
	DS	Multideficiência	.3309	.25	.77
	DM	DID	-.9114*	.13	<.001
	DM	PSM	-.4296	.17	.19
	DM	Multideficiência	-.4776	.20	.24
	DID	PSM	.4817*	.15	.03
	DID	Multideficiência	.4338	.18	.22
PSM	Multideficiência	-.0480	.22	1.0	
QQVA Média Total	DS	DM	-.6064	.2634	.26
	DS	DID	.0158	.2270	1.0
	DS	PSM	-.6162	.3611	.57
	DS	Multideficiência	-.3407	.4404	.96
	DM	DID	.6221*	.1721	.01
	DM	PSM	-.0098	.3294	1.0
	DM	Multideficiência	.2657	.4148	.98
	DID	PSM	-.6319	.3011	.36
	DID	Multideficiência	-.3564	.3927	.94
PSM	Multideficiência	.2755	.4828	.99	

p<.05; C-PSPPp= Perfil de Autoperceção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia

Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas; DS= Deficiência Sensorial (n=13); DM= Deficiência Motora (n=25); DID= Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (n=101); PSM= Perturbação de Saúde Mental (n=7); Multideficiência (n=4).

Finalmente, e no que toca à QdV dos atletas em função do diagnóstico, identificam-se diferenças significativas entre os diagnósticos de Deficiência Motora e DID, sendo que os participantes do primeiro grupo com valores médios superiores ao diagnóstico de DID [f(.6221)=.1721; p=.013].

Discussão de Resultados

Este artigo procurou analisar a compreensão da autoperceção da competência física de pessoas com deficiência praticantes de atividade física e/ou desportiva, tentando identificar o impacto desta prática na qualidade de vida destas pessoas. Apesar da listagem extensiva dos potenciais benefícios da prática desportiva por parte de pessoas com deficiência (Côté-Leclerc et al., 2017; Diaz et al., 2019; Liu et al., 2022), as evidências ainda são escassas no que concerne à temática em questão (Côté-Leclerc et al., 2017; Diaz et al., 2019; te Velde et al., 2018), também em Portugal (Diz et al., 2019), apesar da aposta nos últimos anos (e.g., Almeida et al., 2020; Santos et al., 2020). De uma forma geral, praticantes de AFD, independentemente do diagnóstico que possam ter (Sahlin & Lexell, 2015), tendem a apresentar melhores níveis de autoperceção e autoeficácia física do que os pares não praticantes, corroborando outros estudos que apontam a contribuição positiva em componentes psicológicas (Alfermann & Stoll, 2000; Diaz et al., 2019) e a associação forte entre os constructos (Babic et al., 2014).

No âmbito da autoperceção física, os participantes parecem reportar valores médios mais elevados ao nível da *força física* e da *autovalorização global*, que parecem aumentar com a frequência da prática (Ferreira et al., 2011). No aumento da *força física*, resultante de qualquer prática desportiva, o que se constata é a sua potencial transferência para as atividades funcionais de vida diária (e.g., mobilidade, transferência da cadeira para a cama e vice-versa, entre outras) (Ferreira et al., 2011), o que de alguma forma se relaciona com a *autovalorização*, e com a constatação da “nova” capacidade/oportunidade de concretizar tarefas não realizadas anteriormente ou apenas com ajuda de terceiros. A contribuição desta dimensão (*autovalorização global*) para a capacidade física percebida é considerável (Rose & Larkin, 2002), pelo que nos programas de atividade física há que dedicar-lhe uma atenção especial. Por outro lado, o facto da amostra ser maioritariamente constituída por pessoas com DID – que tendem para uma menor diferenciação quando se comparam com os pares típicos e/ou com outros tipos de deficiência, poderá ter influenciado os resultados (Couto, 2017). Acresce ainda a maior identidade atlética associada à prática desportiva (Shapiro & Martin, 2010).

As dimensões menos valorizadas passam pela *competência desportiva* e *condição física*, inferindo-se a consciencialização das consequências de ter uma deficiência, inclusive pelas barreiras com que se confrontam para a prática regular, e das eventuais consequências ao nível do desenvolvimento de competências desportivas mais

competitivas (Almeida et al., 2020). Esta noção parece mais evidente nos participantes com deficiência motora onde a literatura parece reportar menor autoestima, especialmente com adolescentes (Gravito, 2007; Scarpa, 2011), eventualmente explicada pela sua capacidade cognitiva e na maior noção das diferenças, nestes itens, quando se comparam com os pares típicos. O intervalo etário alargado da amostra também pode ter condicionado os resultados, constatando-se que quanto mais novos são, menor a autoperceção da força física (Ferreira et al., 2011). A condição física e o desenvolvimento das qualidades motoras parecem associar-se, pelo que se alerta a necessidade de mais momentos de treino e de maior duração. A AFD parece ser um fator com peso na autoperceção (Gravito, 2007).

A análise por género aponta para diferenças estatisticamente significativas na *condição física*, com os participantes do género masculino a assumir melhores valores em todas as dimensões, tal como seria expectável dada a tendência para serem mais ativos (Boyer, 2008; Couto, 2017; Hagger et al., 1998), mas com um tamanho de efeitos pequeno. É interessante constatar que os nossos resultados não corroboram Ferreira et al. (2011). A maior tendência para a prática de atividade física pelos participantes do género masculino, tal como a maior frequência desta prática podem explicar a tendência para níveis mais elevados em todas as dimensões. A medicação parece afetar a autoperceção física, especialmente ao nível da *competência desportiva e da autovalorização global*, inferindo-se que a toma da mesma pode deter efeitos colaterais na prática desportiva, justificando que os participantes que não tomam medicação, tal como expectável, apresentam valores médios mais elevados (Bortoluzzi et al., 2018).

A autoperceção física entre participantes com Deficiência Motora e DID é significativa, com estes últimos a apresentar valores médios superiores, corroborando Gravito (2007) e podendo justificar-se pela capacidade mais limitada das pessoas com DID em obter uma imagem atlética realista, não tendo uma noção exata, que as pessoas com deficiência motora, e sem comprometimento cognitivo detém. A carga total e o tempo de prática parecem influenciar um melhor nível de autoperceção e autoeficácia física total, corroborando outros estudos (Ferreira et al., 2011). Na análise da variável idade, a correlação entre as dimensões é significativa, com os participantes mais novos a tender para uma menor capacidade física percebida total (Ferreira et al., 2011), resultante do crescimento e maturação que permitem a obtenção de uma imagem mais realista de si. Esta situação repercute-se na perceção de autoeficácia (Costa, 2017).

Na autoeficácia física percebida, os participantes demonstram valores médios mais elevados nos itens *PSES 1 [Tenho reflexos excelentes]*, *PSES 2 [Sou ágil e gracioso(a)]*, e *PSES 9 [Tenho uma pega (aperto) forte]*. Estas aquisições parecem decorrer do treino das competências físicas exigidas em qualquer modalidade desportiva (FPDD, 2016), associadas à prática e experiências positivas (Kerstin et al., 2006). Estes resultados parecem alinhar-se com os de Nascimento e Santos (submetido). Os itens menos valorizados são os itens *PSES 6 [Tenho um tônus muscular pobre]* e *PSES 7 [Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva]*, contrariando as características inerentes ao tipo de deficiência (e.g., hipotonia na DID e/ou hipertonia na paralisia cerebral – Diz et al., 2021), e acabando por condicionar o orgulho na capacidade desportiva. No entanto, há que responder de forma adequada a estes desafios e focar-mo-nos na capacitação (Alfermann & Stoll, 2000) em detrimento das limitações (Scarpa, 2011), pelo que há necessidade de uma atenção especial ao trabalho a realizar na área. Acresce ainda a constatação que o nível reduzido de autoeficácia funciona como barreira à participação desportiva (Dixon-Ibarra & Driver, 2013). Por outro lado, nas variáveis *PSES 3 [O meu físico é forte]*, *PSES 4 [Consigo correr rápido]*, *PSES 5 [Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico]*, *PSES 8 [A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto]* e *PSES 10 [Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer]* o género masculino apresenta valores médios mais elevados do que o género feminino (Lee et al. 1999), indiciando diferenças na perceção da competência em função do género, com os participantes do género masculino a assumir melhores valores. Os resultados destes itens impactam o total da escala.

Os participantes com Deficiência Sensorial e DID apresentam valores médios superiores aos participantes com Deficiência Motora e Perturbação de Saúde Mental, no âmbito da autoeficácia física (Couto, 2017; Scarpa, 2011), eventualmente explicados pela inexistência de défice cognitivo nestes participantes, que conduz a uma perspetiva de maior discrepância quando se comparam com os seus pares típicos. A prática desportiva parece ser mais fomentada no género masculino, sendo que a sua frequência se associa a níveis mais elevados de autoeficácia (Ferreira et al., 2011). Contudo, as participantes do género feminino apresentam valores médios mais elevados do que o género masculino nas variáveis *PSES 2 [Sou ágil e gracioso(a)]* e *PSES 6 [Tenho um tônus muscular pobre]*, eventualmente explicados pelo crescimento superior no género feminino durante a adolescência e pelas expectativas sociais, que condicionam os resultados (Kantanista et al.,

2015). A medicação parece deter algum peso ao nível dos reflexos, forma como se autoperceciona o físico, velocidade de corrida e controlo das situações (testes físicos), força digital e agilidade, com os participantes sem medicação a obter melhores resultados, como esperado, inferindo-se os efeitos mais tranquilizantes da medicação que condicionam o desempenho mais ágil e que conduzem a uma menor perceção da autoeficácia (Silva, 2015).

Na QdV, os praticantes reportam valores médios mais elevados ao nível dos *Estados emocionais do atleta e do Relacionamento social no contexto desportivo*, eventualmente resultantes da vivência de mais sentimentos de bem-estar e perspetivas mais positivas face à vida do que os seus pares não praticantes (Campbell & Jones, 1994; Yazicioglu et al., 2012), independentemente da modalidade, e que possibilitam o transfere para a vida diária em comunidade (Diaz et al., 2019). A capacitação das pessoas com deficiência pelo desporto adaptado (Scarpa, 2011), e a maior participação e reconhecimento na comunidade (Diaz et al. 2019) podem ser fatores decisivos e apelativos para a prática regular de AFD (Diz et al., 2019). As pessoas com deficiência motora rendem a índices de QdV satisfatórios (Adriaansen et al., 2016; Razak et al., 2016). Por outro lado, a dimensão menos valorizada é o *Planeamento e periodização do treino desportivo*, possivelmente explicado através de efeitos negativos de se viver com uma deficiência (e.g., dor, apoios terapêuticos), pelo stress da competição e pela necessidade de se ultrapassarem inúmeros desafios diários (recursos financeiros, humanos e físicos - Côté-Leclerc et al., 2017). Ainda na QdV identificaram-se diferenças significativas entre pessoas com Deficiência Motora e DID, sendo que os participantes do primeiro grupo com valores médios superiores ao diagnóstico de DID, corroborando outros autores (Adriaansen et al., 2016; Diz et al., 2021; Razak et al., 2016). A QdV dos atletas é influenciada pela toma de medicação, e os participantes que o fazem apresentam valores médios mais baixos e indicadores de menor QdV que tende a piorar face à combinação do número e tipo de fármacos (Silva, 2015).

No que toca à autoperceção e autoeficácia física em função do distrito, existem diferenças significativas entre os distritos de Faro e os restantes, com Faro a apresentar os menores valores médios e Setúbal os valores médios superiores na generalidade, com Lisboa apenas com valores mais elevados ao nível da autoeficácia. Eventualmente as maiores oportunidades para a prática (Santos et al., 2013) e as melhores condições dos transportes públicos poderão explicar os resultados, inferindo-se e associando-se um maior

número de clubes desportivos nestas duas regiões. As diferenças encontradas parecem não impactar a QdV.

Apesar da amostra robusta, há necessidade de alguma cautela na interpretação dos dados, a amostra carecia de maior estratificação (idade, tipo de modalidade, entre outros), pelo que fica não só essa recomendação para futuros estudos, como se sugere uma maior atenção em: análise da motivação e dos preditores para a prática de atividade física por subgrupos específicos (DID, deficiência motora) mas representativos; apesar da amostra incluir participantes de grandes centros urbanos, existiu a dificuldade de se avaliarem participantes do Norte do país; a necessidade de se avaliar outros efeitos da prática em estudos pré-pós e/ou de *follow-up* acompanhando a trajetória desenvolvimental; o carecimento de um instrumento de avaliação da autoperceção física menos complexo e que seja validado não só para crianças e adolescentes; a necessidade de comparar resultados da QdV de praticantes e não praticantes de AFD com deficiência; por fim, como limitação, não existiu o acesso aos processos clínicos que especificam o tipo de medicação tomada pelos participantes da amostra, levando em consideração a multiplicidade dos efeitos que podem ser causados pelas diferentes condições de saúde, bem como pela quantidade de medicação utilizada.

Conclusão

Este é um estudo inovador no panorama nacional, não só pelo tamanho da amostra (apesar da necessidade da sua melhor estratificação), como pela análise de três constructos com peso na forma como as pessoas (com deficiência) se autopercecionam. De acordo com os nossos resultados, recomenda-se a prática regular de atividade físico-desportiva também por pessoas com deficiência, dada a sua influência positiva na sua própria percepção ao nível da competência física e da autoeficácia física, e com impacto na percepção subjetiva da satisfação com a vida. Uma prática mais regular e consistente parece relacionar-se com um desenvolvimento físico superior, a que corresponde uma autoperceção mais positiva e capacitadora (Nascimento & Santos, submetido). Corpos mais capazes e funcionais conduzem a uma maior segurança e conforto com o próprio *self* e funcionam como plataforma motivadora para a prática regular de atividade física, assumindo maiores oportunidades para a participação social, com ganhos numa vida vivida com mais satisfação. A compreensão dos efeitos em diferentes níveis, incluindo o seu impacto na vida diária, revela-se como fundamental para que os profissionais no terreno ajustem as suas intervenções neste sentido, para um estilo de vida saudável e ativo, e com

repercussões positivas aos mais variados níveis (saúde, social, etc.). No entanto, as pessoas com deficiência ainda se confrontam com barreiras na prática regular de AFD, e de eventuais consequências ao nível do desenvolvimento de competências desportivas mais competitivas (Almeida et al., 2020), crescendo a necessidade de incentivar esta prática a pessoas com deficiência, especialmente ao género feminino, investir na duração, na carga e na adequação dos treinos, com vista à criação de oportunidades (Alfermann & Stoll, 2000) para uma melhor funcionalidade no dia-a-dia (Diaz et al., 2019).

Referências

- Adriaansen, J., Ruijs, L., Koppenhagen, C., Asbek, F., Snoek, G., Kuppevelt, D., Visser-Meily, J. & Post, M. (2016). Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years. *Journal Rehabilitation Medicine*, 48(10), 853-860. <https://doi.org/10.2340/16501977-2166>
- Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and Well-Being. *International journal of Sport Psychology*, 31(1), 47-65.
- Almeida, B., Santos, S. & Marques, A. (2020). People with motor disabilities' physical activity practice determinants: inequities in the access and physical activity engagement, in H. Samuel, M. Batista, H. Mesquita e J. Ribeiro, (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 150-165), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Babic, M., Morgan, P., Plotnikoff, R., Lonsdale, C., White, R. & Lubans, D. (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 44(11), 1589–1601. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0229-z>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman. Blauwet, C., & Willick, S. (2012). The paralympic movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4(11), 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.08.015>.
- Barker, R., Kendall, M., Amsters, D., Pershouse, K., Haines, T. & Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(2), 149-155. <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>
- Bernardo, R. & Matos, M. (2003). Adaptação Portuguesa do Physical Self-Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. *Análise Psicológica*, 21(2), 127-144. <https://doi.org/10.14417/ap.28>
- Boyer, E. (2008). *Psychological benefits of sport participation and physical activity for adolescent females*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 68 (11-B).
- Branden, N. (2021). *The power of self-esteem*. Health Communications, Inc
- Bortoluzzi, E., Pancotte, J., Doring, M., Graeff, D., Alves, A., Portella, M., Scortegagna, H. & Dalmolin, B. (2018). Autopercepção de saúde de idosas praticantes de atividade física e fatores associado. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 23(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.64619>

- Campbell, E. & Jones, G. (1994). Psychological well-being in wheelchair sport participants and nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11(4), 404-415. <https://doi.org/10.1123/apaq.11.4.404>
- Costa, E. (2017). *Fiabilidade do Perfil de Auto-perceção Física em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade: relação entre autopercepções físicas, autoestima e nível de atividade física*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. (documento não publicado)
- Côté-Leclerc, F., Boileau Duchesne, G., Bolduc, P., Gélinas-Lafrenière, A., Santerre, C., Desrosiers, J. & Levasseur, M. (2017). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0597-9>
- Couto, C. (2017). Caracterização do bem-estar psicológico, autoestima e depressão da população deficiente. *PsychTech e Health Journal*, 1(1), 21-37. <https://doi.org/10.26580/pthj.art3-2017>
- Cunha, R. (2008). *Elaboração e validação do Questionário sobre Qualidade de Vida de Atletas (QQVA)*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG). (documento não publicado)
- Cunha, R., Morales, J. & Samulski, D. (2008). Análise da percepção de qualidade de vida de jogadores de voleibol: uma comparação entre gêneros. *Revista brasileira de Educação Física*, 22(4), 301-310. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092008000400007>
- Diaz, R., Miller, E., Kraus, E. & Fredericson, M. (2019). Impact of Adaptive Sports Participation on Quality of Life. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 27(2), 73-82. <https://doi.org/10.1097/jsa.0000000000000242>
- Dixon-Ibarra, A. & Driver, S. (2013). The role of self-efficacy in physical activity participation for persons with disabilities. *Adapted Sport, Physical Education, and Recreational Therapy*, 27(4), 31-36.
- Diz, S., Gomes, F. & Santos, S. (2021). Does physical activity improve adaptive behaviour, fitness and quality of life of adults with Intellectual Disability, *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 43, e001621, <https://doi.org/10.1590/rbce.43.e001621>
- Diz, S., Santos, S., Gomes, F. & Marques, A. (2019). Atividade física na dificuldade intelectual e desenvolvimental a nível nacional: uma revisão sistemática, *Revista Científica da FPDD - Desporto e Atividade Física para Todos*, 5(1), 8-15.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD). (2016). *O desporto para pessoas com deficiência*. Manual de curso de treinadores de desporto, grau I. Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ).
- Ferreira, J. (2006). *Perfil de Auto-Percepção Física (Versão clínica reduzida)*. Tradução e adaptação. Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física (documento não publicado).
- Ferreira, J. & Fox, K. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the physical self-perception profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(1), 35-49. <https://doi.org/10.5507/euj.2008.003>

- Ferreira, J., Gaspar, P., Campos, M. & Senra, C. (2011). Auto-eficácia, competência física e auto-estima em praticantes de basquetebol com e sem deficiência física. *Motricidade*, 7(1), 55-68. [https://doi.org/10.6063/motricidade.7\(1\).120](https://doi.org/10.6063/motricidade.7(1).120)
- Fonseca, A. & Fox K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2(5), 11-23. <https://doi.org/10.5628/rpcd.02.05.11>
- Fonseca, A., Fox, K. & Almeida, M. (1995). *Versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP): O Perfil de Auto-Percepção Física (PSPPp)*. Trabalho não publicado. FCDEF, Universidade do Porto. (documento não publicado)
- Fox, K. & Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430. <https://doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Gravito, N. (2007). *Auto estima e competência física percebida no desporto adaptado – Estudo exploratório em atletas com deficiência motora e com deficiência intelectual*. Dissertação de licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. (documento não publicado)
- Hagger, M., Ashford, B. & Stambulova, N. (1998). Russian and British children's physical selfperceptions and physical activity participation. *Pediatric Exercise Science*, 10(2), 137-152. <https://doi.org/10.1123/pes.10.2.137>
- Kantanista, A., Osiński, W., Borowiec, J., Tomczak, M. & Król-Zielińska, M. (2015). Body image, BMI, and physical activity in girls and boys aged 14–16 years. *Body Image*, 15, 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.05.001>
- Kerstin, W., Gabriele, B. & Richard, L. (2006). What promotes physical activity after spinal cord injury? An interview study from a patient perspective. *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 481-488. <https://doi.org/10.1080/09638280500211932>
- Kowalski, K., Crocker, P. & Kowalski, P. (2001). Physical Self and Physical Activity Relationships in College Women: Does Physique Anxiety Moderate Effects?. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72(1), 55-62. <https://doi.org/10.1080/02701367.2001.10608932>
- Kuwano, V. & Silveira, A. (2002). A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária. *Revista da Educação Física*, 13(2), 35-39.
- Lee, A., Fredenburg, K., Belcher, D. & Cleveland, N. (1999). Gender Differences in Children's Conceptions of Competence and Motivation in Physical Education. *Sport, Education and Society*, 4(2), 161-174. <https://doi.org/10.1080/1357332990040204>
- Lipsey, M. & Wilson D. (2001). *Practical Meta-Analysis*. Sage, Thousand Oaks, CA
- Liu, T., Wassell, N., Liu, J. & Zhang, M. (2022). Mapping Research Trends of Adapted Sport from 2001 to 2020: A Bibliometric Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12644. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912644>
- Lund, M., Nordlund, A., Bernspång, B. & Lexell, J. (2007). Perceived participation and problems in participation are determinants of life satisfaction in people with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 29(18), 1417-1422. <https://doi.org/10.1080/09638280601029068>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística Com o SPSS Statistics*; Report Number.

- Nascimento, M. & Santos, S. (submetido). *Self-esteem, perceived physical capacity and physical self-perception of children and adolescents with development disorders: a comparative study between practitioners and non-practitioners of physical and sports activity*.
- Organização das Nações Unidas (2006). *Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência*, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2006, pesquisa feita a 18 novembro 2020 e disponível em: <https://www.inr.pt/documents/11309/44742/Conven%C3%A7%C3%A3o+sobre+os+Direitos+da+Pessoas+com+Defici%C3%Aancia/7601dc72-a4a6-4631-b9a2-b37b11fe571e>
- Orth, U., Trzesniewski, K. & Robins, R. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 645-658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Ramalho, S. (2004). *Auto-percepções no domínio físico: estudo realizado em jovens adolescentes na faixa etária dos 13 e 14 anos*. Dissertação de licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. (documento não publicado)
- Razak, M., Tauhid, M., Yasin, N. & Hanapiah, F. (2016). Quality of life among lower limb amputees in Malaysia. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 222, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.135>
- Rose, E. & Larkin, D. (2002). Perceived competence, discrepancy scores, and global selfworth. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1123/apaq.19.2.127>
- Ryckman, R., Robbins, M., Thornton, B. & Cantrell, P. (1982). Development and validation of a physical self-efficacy scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(5), 891–900. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.5.891>
- Ryckman, R., Robbins, M., Thornton, B., Gold, J. & Kuehnel, R. (1985). Physical self-efficacy and actualization. *Journal of Research in Personality*, 19(3), 288-298. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90020-0](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90020-0)
- Sahlin, K. & Lexell, J. (2015). Impact of organized sports on activity, participation, and quality of life in people with neurologic disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 7(10), 1081-1088. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.03.019>
- Santos, J., Almeida, M., Oliveira, C., Fernandes, R. & Cruz-Santos, A. (2013). Desporto Adaptado em Portugal: do conceito à prática. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 18(5). <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n5p623>
- Santos, S., Figueiredo-Serafim, V., Maldonado, I., Gomes, F., Peralta, M. & Marques, A. (2020). Psychosocial correlates of physical activity' of children and adolescents with intellectual disability or motor impairment, in H. Samuel, M. Batista, H. Mesquita e J. Ribeiro, (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 166-182), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Scarpa, S. (2011). Physical self-concept and self-esteem in adolescents and young adults with and without physical disability. The role of sports participation. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 4(1), 38-53. <https://doi.org/10.5507/euj.2011.003>

- Shapiro, D. & Martin, J. (2010). Athletic identity, affect, and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 3:79–85. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.08.004>
- Silva, K. (2015). *Perfil de utilização de medicamentos e qualidade de vida de usuários atendidos em quatro unidades básicas de saúde de belo horizonte*. Dissertação de pós-graduação apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais. (documento não publicado)
- te Velde, S., Lankhorst, K., Zwinkels, M., Verschuren, O., Takken, T. & Groot, J. (2018). Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease—a cross-sectional study. *Sports Medicine*, 4, 38, <https://doi.org/10.1186/s40798-018-0152-1>
- Teixeira, C., Nunes, F., Ribeiro, F., Arbinaga, F. & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Physical activity, self-esteem and depression in older adults. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 55-65.
- Winnick, J. & Porretta, D. (2016). *Adapted Physical Education and Sport*, Human Kinetics: Champaign, IL, USA
- Whitehead, J. (1995). A study of children's physical self-perceptions using an adapted physical self-perception profile questionnaire. *Pediatric Exercise Science*, 7(2), 132-151. <https://doi.org/10.1123/pes.7.2.132>
- Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A. & Tan, A. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5(4), 249-253, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.05.003>