Qualidade de vida e bem-estar de praticantes de power soccer usuários de cadeiras de rodas motorizadas

Quality of life and well-being of practitioners of power soccer users motorized wheelchairs

Calidad de vida y bienestar de los jugadores de power soccer de usuarios en silla de ruedas motorizadas

O objetivo da pesquisa foi mensurar a qualidade de vida e a percepção de bem-estar de usuários de cadeiras de rodas motorizadas e praticantes do Power Soccer a partir dos instrumentos WHOQOL- Bref e Pentáculo do Bem-estar. Foram avaliados 15 sujeitos de ambos os sexos praticantes da modalidade e com deficiência severa na mobilidade. Foi verificado um nível relativamente satisfatório de qualidade de vida, apesar das limitações dessas pessoas e respostas satisfatórias na percepção de bem-estar. Concluiu-se que o Power Soccer foi determinante para o resultado positivo encontrado, demonstrando que o paradesporto pode ser um fator de melhoria da qualidade de vida e bem-estar dessas pessoas.

The purpose was to measure the quality of life and the perception of well-being of users of motorized wheelchairs and Power Soccer practitioners from the instruments WHOQOL Bref and Pentáculo do Bem-estar. Were measure 15 people of both sexes practitioners of the sport and with severe disabilities in mobility. A relatively satisfactory level of quality of life, despite the limitations of these people and satisfactory answers in the perception of well-being has been verified. It was concluded that the Power Soccer determined the positive results found, showing that the paralympic sports can be a quality of life improvement factor and well-being of these people.

El objetivo de la investigación fue medir la calidad de vida y la percepción de bienestar de los usuarios de sillas de ruedas y los profesionales de Power Soccer de los instrumentos de Power Soccer de los instrumentos motorizados WHOQOL Bref y Pentáculo do Bem-estar. Se evaluaron 15 sujetos de ambos sexos los practicantes de este deporte y con discapacidades severas en la movilidad. Un nivel relativamente satisfactorio de calidad de vida, a pesar de las limitaciones de estas personas y de respuestas satisfactorias en la percepción de bienestar ha sido verificado. Se concluyó que el Power Soccer determina los resultados positivos encontrados, mostrando que los parasports pueden ser un factor de mejora de la calidad de vida y el bienestar de estas personas.

Palavras-chave: Futebol, cadeira de rodas motorizada, mobilidade reduzida.

Edvaldo de farias

Doutorando em Ciências do Desporto/UTAD/Portugal. Mestrado em Educação/UNESA. Especialização em Educação Física/UGF. Coordenador do Grupo de Estudos em Atividade Motora Adaptada/UNESA. Docente-Pesquisador na UNESA/Educação Física.

E-mail: edvaldo.farias@gmail.com

Gabriella de Oliveira Lopes

Graduação em Educação Física pela UNESA. Pós-Graduação em Educação Física Especial (Faculdade Gama e Souza/RJ). Aluna pesquisadora do Laboratório de Fisiologia do Exercício (LAFIEX), Experiência na área de Educação Física Adaptada e Avaliação Morfofuncional.

E-mail: gabriella.olopes@hotmail.com

Introdução

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir de pessoas com mobilidade reduzida e praticantes da modalidade esportiva *Power Soccer*, que, segundo dados fornecidos pelo censo demográfico mais recente IBGE (2010), compõem um grupo que equivale a 23,9% da população total no Brasil de pessoas que possuem algum tipo de deficiência e que se distribuem entre as deficiências visuais, motoras, auditivas, intelectuais e múltiplas.

O *Power Soccer* é uma modalidade paradesportiva que surgiu com o objetivo da inclusão por meio da prática de esportes e segundo Barrozo *et al.* (2012), como tal apresenta um requisito importante para a inclusão social, que é o fato de proporcionar a pessoas com graves limitações motoras tenha preservado seu direito de ocupar um lugar na sociedade, levando em conta suas limitações, capa-

cidades e a necessidade de desenvolver e aprimorar seus movimentos.

Da mesma forma, Mazzotta e D'Antino (2011), citam que praticar a inclusão social por intermédio da prática de esportes é propiciar a participação ativa de diferentes grupos de pessoas que, em tese, estariam segregadas pela sua condição, e que tal ação não é apenas voltada para o exercício do direito de ir e vir, mas também a de proporcionar à pessoa com deficiência a participação ativa no meio social.

Em posicionamento semelhante, Silva (2004) relata que o esporte é imprescindível na vida de pessoas com deficiência ensinando-as a conviver com grupos, trabalhar em equipe, aprender valores humanos, expandir capacidades, respeitar o próximo, superar desafios, criar hábitos saudáveis, enquanto Barrozo (2012) defende a posição de que a deficiência existe e não pode ser ne-

gada mas, no entanto, toda pessoa com deficiência tem direito de se integrar à sociedade nas dimensões da cultura, esporte, trabalho, educação, e que isso deve acontecer em quatro níveis: físico, funcional, social e comunitário.

De forma concordante, Zuchetto e Castro (2002) afirmam que a prática de esportes, dentre seus benefícios, inclui alterações físicas, orgânicas, metabólicas, cardiorrespiratórias e musculares, além de gerar ganhos em aspectos como melhoria do humor, motivação para viver, redução dos níveis de estresse e desenvolvimento de relacionamentos dentro de diferentes grupos sociais.

Diante deste contexto, e considerando a unanimidade quanto ao fato de que a prática de exercícios e esporte é um gerador potencial de ganhos para a vida das pessoas com algum tipo de deficiência, desde que para isso é necessário que sejam feitas as devidas adaptações às suas condições, a presente pesquisa teve como objetivo investigar e descrever por meio da utilização de instrumentos específicos a cada uma delas, as variáveis percepção de qualidade de vida e percepção de bem-estar de atletas praticantes de *Power Soccer*, jogadores da Associação Brasileira de Futebol para Cadeirantes - ABFC no Estado do Rio de Janeiro, todos com mobilidade reduzida e usuários de cadeira de rodas motorizadas.

A investigação mostra-se relevante sob o ponto de vista científico na medida em que todas as pesquisas referentes ao *Power Soccer*, embora em número escasso, encontram-se na literatura estrangeira e tenham sido realizados em ambientes fora do Brasil, o que faz desta pesquisa uma contribuição significativa para profissionais de Educação Física brasileiros na medida em que se mostra como um campo de intervenção profissional muito pouco explorado, embora esteja em franca ascensão no Brasil, sobretudo no estado do Rio de Janeiro, a prática desta modalidade tem experimentado um crescimento significativo em clubes e associações que reúnem pessoas com este tipo de deficiência, ao mesmo tempo em que, ao sediar os Jogos Olímpicos e Paralímpicos 2016, abre-se a possibilidade de ganhos na visibilidade desta prática na medida em que a modalidade é candidata a tornar-se uma modalidade paralímpica, na qual o Brasil certamente tem grandes chances de destacar-se em função dos resultados e performances obtidos em competições nacionais e internacionais.

Assim, apresenta-se a seguir uma abordagem teórica sobre a modalidade *Power Soccer* e suas características, seguida de uma análise da literatura sobre a prática regular de esportes pelas pessoas com deficiências e os benefícios daí auferidos, seguindo-se por uma abordagem das variáveis percepção de qualidade de vida e percepção de bem-estar, ambas constituindo o foco principal desta investigação.

Referencial teórico

Segundo a FIPFA - *Federation Internationale Powerchair Football Association*, (2010), o *Power Soccer*, também chamado de *Powerchair Football*, nasce na Europa no final da década de setenta, iniciado pela França e logo a modalidade teve seguidores em vários países. Em 2006 foi criada a FIPFA e em 2007 foi organizada a 1ª. Copa do Mundo da modalidade no Japão, quando participaram oito países. Assim, no cenário paralímpico mundial o *Power Soccer* está prestes a se tornar uma modalidade pelo IPC - *International Paralympic Committee*, ou seja, em breve será uma modalidade presente nas paralimpíadas.

Dados obtidos junto ao Instituto Novo Ser (2013) relatam que o *Power Soccer* foi introduzido no Brasil no primeiro semestre de 2010 pela ABFC - Associação Brasileira de Futebol de Cadeiras de Rodas Motorizadas, que representa o Brasil junto a FIPFA, sendo o primeiro time da América do Sul. O jogo ocorre em uma quadra similar à do Basquete que a mede 25 m de comprimento e 18 m de largura, a área do gol é de 8 m e a distância entre traves é de 6 m, sendo os times compostos por 4 jogadores, sendo 3 na linha e 1 no gol. A bola tem 33 cm e a baliza é móvel para a segurança dos atletas em caso de choques.

A cadeira de rodas motorizada, recurso essencial da modalidade, é controlada por um *joystick* e são utilizadas duas baterias para manter seu funcionamento, sendo o motor regulado para não ultrapassar a velocidade de 10 km/h. Barroso Neto (1982 *apud* BERTONCELLO e GOMES, 2002) relata que as cadeiras de rodas se apresentam em diferentes modelos e características e podem ser classificadas em relação a complexidade tecnológica como de alta, média e baixa complexidade. As de alta complexidade são as eletroeletrônicas, compostas por dispositivos elétricos com princípios computacionais e são conduzidas por comando de voz ou piscar de olhos. As de média complexidade são eletrome-

cânicas, conhecidas como motorizadas, conduzidas por apenas uma das mãos através de um *joystick*. As de baixa complexidade são as cadeiras conduzidas pelo trabalho manual do próprio usuário ou por uma segunda pessoa. Para proteção dos membros inferiores é adaptado às cadeiras um protetor frontal/lateral denominado foot guard e os atletas não podem jogar sem o uso da faixa de segurança de modo a permanecerem fixados à cadeira sem oscilações no tronco, uma vez que muitos não têm este controle neuromuscular em função da tetraplegia.

Kumar *et al.* (2012) referem que a qualidade de um jogo de *Power Soccer*, depende da capacidade do atleta de ter respostas rápidas, raio de giro, velocidade, controle da cadeira ou frenagem, percepção de espaço e posicionamento. Sendo assim, o *Power Soccer* tem a finalidade de incluir pessoas com mobilidade reduzida que necessitam de cadeira de rodas motorizada. Em um mesmo time pode haver jogadores de ambos os sexos sendo o único pré-requisito para ser atleta ter no mínimo 6 anos de idade.

Em relação à prática regular de esportes por pessoas com algum tipo de deficiência, Interdonato e Greguol (2011) são unânimes ao afirmar que ela é uma poderosa ferramenta para gerar ganhos na qualidade de vida e que a temática vem ganhando espaço no âmbito das pesquisas de caráter científico. Trata-se, portanto, de uma nova área de mercado que vem ocupando importantes campos profissionais e Reid e Prupas (1998), em uma revisão sistemática de 436 artigos (1986-1996), abordando pessoas com e sem deficiência, concluíram que o esporte adaptado vem crescendo junto a ciência e tecnologia proporcionando a criação de dispositivos cada vez mais sofisticados e tecnologicamente avançados para a melhoria da capacidade funcional desse público, trazendo a possibilidade de sucessivas quebras de recordes por atletas com algum tipo de deficiência.

Kumar *et al.* (2012) afirmam que pessoas com mobilidade reduzida encontram muitas barreiras para praticar esporte devido às suas limitações e, por conta disso, o esporte adaptado tem contribuído enormemente para a participação dessas pessoas no âmbito esportivo tanto recreacional quanto competitivo. Sob esse ponto de vista, especificamente o *Power Soccer* vem colaborando muito para a manutenção e aumento da capacidade funcional e bem-estar psicológico de seus pratican-

tes, que são pessoas com deficiência motora de intensidade severa, que segundo Ferreira *et al.* (2007), são pessoas que apresentam múltiplas limitações, dentre as quais a mobilidade muito reduzida ou nula como resultado de uma tetraplegia de causas diferentes mas com consequências comuns, que são as reduzidas capacidades de locomover-se, o que somente é possível por meio de uma cadeira de rodas motorizada.

Por outro lado, Marques *et al.* (2012) citam que existem diferentes formas de deficiência e diversos graus de comprometimento que influenciam no desempenho de cada pessoa e, por conseguinte, de cada atleta ou praticante de esportes. Os organizadores de competições paralímpicas ficam encarregados de encontrar princípios que garantam a igualdade de disputa, justa no final das competições e, sendo assim, são agrupados atletas com a mesma categoria ou classes que são definidos de acordo com seus graus de comprometimento e capacidade de realização. Para cada modalidade esportiva existe uma classificação e, sendo assim, Wu *et al.* (2000), apontaram três condições para que tal classificação seja feita de modo a preservar o princípio da equidade nas participações em competições entre pessoas com deficiências: atletas com menos comprometimento, com mais comprometimento e atletas com deficiência e desempenho similares. Para isso é preciso que sejam feitas 2 (duas) formas diferentes de classificação: a **médica**, com base em diagnósticos multiprofissionais da área de saúde e a **funcional** que não interfere somente no diagnóstico médico, mas também no desempenho do atleta.

Para que haja uma competição equilibrada profissionais da área da saúde classificam os atletas de acordo com o grau de deficiência. Especificamente no caso do *Power Soccer*, esta classificação funcional é composta por dois grupos denominados PF1 e PF2. Os atletas classificados como PF1 são aqueles que apresentam menor mobilidade e capacidade funcional enquanto que os classificados como PF2 apresentam maior mobilidade e capacidade funcional. A regra no *Power Soccer* exige a participação em cada equipe de, no mínimo, 2 (dois) jogadores PF1.

Em relação a saúde e qualidade de vida, Minayo (2000) relata que saúde não é só ausência de doenças, pois abrange outros aspectos como vivências, valores,

espaços sociais, épocas e culturas e, por isso, considera que cada pessoa tem sua história tal qual descrevem Almeida, Guttierrez e Marques (2004) ao afirmar que além da ausência de saúde, existem outros aspectos como sentimentos, vida familiar, amorosa, social, ambiental e a própria existência.

Fleck *et al.* (2000) corroborando a Organização Mundial de Saúde - OMS conceitua qualidade de vida como um processo individual em relação a sua vida, na cultura e dos valores no qual vive, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em se tratando de um conceito traduzido por múltiplas variáveis era necessário tangibilizar estas variáveis em termos de mensuração e, pela sua inexistência, foi criado um instrumento de aplicabilidade internacional pela própria instituição denominado WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life – 100 perguntas*). Por conseguinte, e diante da necessidade de um instrumento mais curto e que demandasse menos tempo de aplicação e autopreenchimento, foi criado o WHOQOL- *bref* composto de apenas 26 perguntas, mas que preservava o foco na percepção da qualidade de vida de seus respondentes.

No que diz respeito à percepção de Bem-Estar enquanto um conceito, Nahas, Barros, Fracalacci, (2000) concordam que a partir da metade do século XX, assistimos uma transformação na sociedade nunca vista antes, em função dos avanços tecnológicos promotores de comodidades e menos dispêndio de energia, alimentação no modelo *fast food*, excesso de informações, pouco esforço físico, diminuição do tempo e ofertas lazer, muito trabalho, elevados níveis de estresse e, por conseguinte, várias consequências desastrosas para a saúde, podendo-se falar mesmo na geração de efeitos deletérios do desenvolvimento.

Metodologia da pesquisa

Em termos de classificação a pesquisa caracterizou-se, segundo Gil (2008) como um estudo descritivo, de campo e exploratória. Descritiva pelo fato de propor-se a relatar fenômenos e realidades da forma como acontecem e de modo direto. De campo por destinar-se a conhecer, observar e coletar informações diretamente na realidade de pessoas usuárias de cadeiras de rodas motorizadas com mobilidade reduzida e praticantes do *Power Soccer*. Finalmente, exploratória diante da inexistência

de pesquisas semelhantes localizadas no Rio de Janeiro, levando os pesquisadores a não disporem de referências anteriores de pesquisas de natureza semelhante.

Foram utilizados dois questionários para a coleta de dados, sendo cada um deles voltado a um propósito distinto. Para mensurar a percepção de qualidade de vida foi utilizado o *WHOQOL-bref QUESTIONARE*, composto de 26 questões distribuídas por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente. Este instrumento constitui o anexo A. O segundo instrumento foi o Pentáculo do Bem-Estar composto de 15 itens subdivididos nas 5 dimensões: nutrição, estresse, atividade física, comportamento preventivo e qualidade dos relacionamentos. Este instrumento compõe o anexo B.

A pesquisa foi realizada com 15 atletas de ambos os sexos, sendo 14 deles do sexo masculino e 1 do feminino, praticantes de *Power Soccer* com idade entre 9 a 47 anos, sendo a média de idade do grupo pesquisado igual a 26,2 anos, com um desvio padrão de suas idades igual a 11,9 anos. Todos têm deficiência motora severa e, por conseguinte, mobilidade reduzida, são usuários de cadeiras de rodas motorizadas e praticantes de *Power Soccer*. Estas eram as condições ou critérios de inclusão para participação da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu sempre e imediatamente após os treinos, em dois clubes localizados na cidade do Rio de Janeiro, com a aplicação dos instrumentos sendo feita pelos próprios pesquisadores e mediante a autorização verbal explícita dos atletas em função da impossibilidade de preenchimento e assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, para utilização dos resultados apenas para fins acadêmico-científicos, com a garantia dos pesquisadores de preservação das identidades dos sujeitos e instituições.

Resultados e discussão

A seguir apresentamos os resultados gerados a partir da aplicação do instrumento *WHOQOL-Bref* com demonstrações gráficas desses resultados como forma de facilitar a visualização e entendimento deles.

Primeiramente, na classificação pelos domínios, na dimensão Física obteve-se um resultado de 66% de satisfação, sendo esta dimensão relacionada aos aspectos: dor/desconforto,

energia/fadiga, sono/repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência do uso de medicação/tratamentos e capacidade para o trabalho. Este resultado pode ser considerado positivo em função da maior parte dos pesquisados ter classificado este domínio como bom ou excelente, mesmo considerando o fato dessas pessoas experimentarem muitas limitações em seu dia-a-dia, o que certamente influencia diretamente suas percepções relacionadas ao aspecto físico.

Em seguida, no domínio psicológico pode-se verificar um resultado de 78,2% de satisfação, relacionando estas posições aos aspectos ligados a pensamentos positivos, sem dificuldade em pensar, aprender, memorizar, concentrar-se, além da ausência de sentimentos negativos, com boa aceitação da própria Imagem corporal, da aparência e com aspectos da vida ligados a espiritualidade, religião e crenças pessoais;

Em relação ao domínio das relações sociais foi encontrado um índice de 60,1% de satisfação, relacionado diretamente a qualidade das relações interpessoais, suporte e apoio social e atividade sexual.

Já no domínio do ambiente, obteve-se um índice de 73,2% de satisfação nesse aspecto, relacionado diretamente a questões como segurança física, sensação de proteção, qualidade do ambiente no lar e disponibilidade de recursos financeiros.

Como resultado geral, encontramos o valor médio de 71,5%, o que indica uma percepção positiva de qualidade de vida por estes sujeitos, embora sejam dotados de severas restrições na sua mobilidade. Este resultado pode ser mais facilmente visualizado no gráfico 1.

Observando separadamente as facetas que compõem os domínios do WHOQOL-Bref, verificou-se como pior índice de satisfação a dimensão sexual, com 23,21%, e tal fato explica-se tanto pela idade de alguns sujeitos (crianças) como também pela tipologia de sequelas e respectivos segmentos corporais afetados dos adultos, o que lhes dificulta uma vida sexualmente ativa.

No grupo pesquisado apenas 39,2%, necessitam de medicação para a sua vida diária, mesmo com deficiências que requerem cuidados especiais. Já nas facetas ambiente/lar e relações pessoais todos os respondentes posicionaram-se acima de 80%, o que sugere a troca de vivências e experiências entre indivíduos com deficiências diferentes como

Gráfico 1 – Resultados por domínios – Qualidade de Vida WHOQOL-Brief

um fator que pode elevar a autoestima e aceitação da imagem corporal, que resultou em uma percepção positiva de 92,8%, e a autoestima com 85,7%.

Em relação as facetas novas informações e habilidades obteve-se um resultado de 89,2%, retratando assim um resultado também positivo. Em relação à faceta dor e desconforto encontramos como resultado um nível alto de satisfação com 83,9%, indicando que o binômio dor/desconforto não impede estes sujeitos de realizarem o que precisam em seu dia-a-dia, o que pode ser reforçado pelo resultado da faceta energia/fadiga cujos resultados apresentaram índices de 73,21%. Na faceta mobilidade, sono e re-

pouso encontramos resultados superiores a 60% enquanto na faceta atividade da vida cotidiana e capacidade para o trabalho, os resultados posicionaram-se acima de 64%, ainda que a reduzida mobilidade seja uma característica desse público, demonstrando assim que, quando estão em domínio de suas cadeiras de rodas se tornam independentes nas suas atividades.

A faceta qualidade de vida apresentou resultados de alta relevância na medida em que dentre os sujeitos avaliados, 80,3% demonstraram-se satisfeitos com sua qualidade de vida. Esta distribuição ao longo das diferentes facetas descritas acima pode ser visualizada no gráfico 2.

Em relação aos resultados obtidos

Gráfico 2 – Resultados distribuídos pelas facetas do WHOQOL-Brief

pela aplicação do Pentáculo do Bem-Estar (NAHAS, 2000) que gera um mapa individual que expressa 5 aspectos distintos (nutrição, atividade física, comportamento preventivo e relacionamento social) tivemos a distribuição descrita a seguir. É importante registrar que os valores médios expressos em percentuais equivalem a proporção de preenchimento dos espaços apresentados na estrela de 5 pontas que é a figura-referência do instrumento, equivalendo a 100% quando todos os espaços tiverem sido preenchidos. Este preenchimento é a tradução gráfica das respostas apresentadas pelos respondentes em cada uma das 5 dimensões citadas.

Em relação ao aspecto atividade física, e comparando esses valores com a média de todos os demais aspectos, houve uma diferença negativa com um valor de 31,4%, ressaltando que foram encontrados resultados quase nulos em duas questões, justificadas pela mobilidade reduzida desses atletas.

No aspecto nutrição foram encontrados 61,1% que mantêm uma alimentação saudável. O resultado seria mais positivo se os atletas tivessem o acompanhamento de um nutricionista.

No aspecto comportamento preventivo, 88,8% dos atletas informaram que se preocupam com ações autopreventivas, relacionadas a utilização de itens de segurança quando necessárias e verificação periódica da saúde.

No relacionamento social, 73,1% afirmaram ter uma vida social ativa, que é um fator essencial para a socialização desse grupo com a sociedade onde vivem.

O controle do estresse com 74% apresentou-se equilibrado entre o lazer e o relaxamento, resultando em um estilo de vida saudável. A síntese destes resultados pode ser visualizada no gráfico 3.

Os resultados encontrados pela aplicação desses dois instrumentos indicam uma satisfação com a qualidade de vida dos sujeitos praticantes de *Power Soccer* e que confrontam os estudos de França *et al.* (2011), quando, ao realizar uma pesquisa com pessoas com lesão raquimedular não inseridas em programas de esportes ou mesmo exercícios físicos de qualquer natureza, por meio da aplicação do WHOQOL- *Bref*, obteve como resultados nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente negativos, justificados pelas limitações que este tipo de lesão impõe as pessoas.

Da mesma forma, Güindüz, Irhan (2008 *apud* FRANÇA, 2011), em uma pesquisa semelhante e realizada na Turquia, verificaram que a qualidade de vida de pessoas com lesão raquimedular que não praticavam qualquer tipo de atividades física ou esportiva, em todos os domínios foi fortemente em função do comprometimento físico e social.

As conclusões dessas investigações divergem frontalmente do resultado da presente pesquisa, que constataram uma percepção positiva na qualidade de vida e do bem-estar em pessoas com deficiências que limitam sua capacidade funcional, demonstrando com isso que nas últimas décadas houve um despertar da esfera esportiva quanto a possibilidade de incluir pessoas com deficiências na prática de esportes ainda que suas limitações sejam severas, e fazendo com que esta inserção e prática influencie decisivamente na saúde e desenvolvimento delas.

Como evidência desta afirmativa, tanto Duarte, Wener (1995) como também Melo; Lopes (2002) relatam que o desporto adaptado é um fator essencial para a reabilitação de pessoas com deficiência, nas mais variadas modalidades esportivas, tornando-os mais eficientes

e proporcionando mais qualidade de vida, além de contribuir na prevenção de doenças, desenvolvendo suas potencialidades e promovendo a integração social.

Além disso, Noce *et. Al.* (2009), também afirmam que pessoas com deficiência deveriam ser estimuladas para a prática das atividades físicas e esportivas, pois quando fazem uso delas passam a ter uma percepção corporal mais desenvolvida, reforçando a autoestima e colaborando para um bem-estar psicológico e afetivo.

Simim; Melloz; Noce (2009), relatam ainda que a prática do esporte resulta na redução da ansiedade, depressão e estresse além do aumento do bem-estar físico, psicológico, funcionamento orgânico, humor e disposição física.

Assim é notória a unanimidade entre os autores quanto as contribuições positivas das práticas esportivas na vida de pessoas com algum tipo de deficiência, o que foi claramente evidenciado pela presente pesquisa.

Conclusão e recomendações

Estudos relacionados à qualidade de vida e ao bem-estar para pessoas com mobilidade reduzida retratam de modo geral resultados insatisfatórios, principalmente pelas limitações físicas, adaptações do meio ambiente e relacionamentos sociais que essas pessoas experimentam. Porém, na presente pesquisa, pudemos evidenciar um resultado positivo e demonstrativo de que a prática do *Power Soccer* foi um fator positivo para o diferenciado nível de qualidade de vida e bem-estar percebido pelos seus praticantes.

Pode-se inferir que a prática desta modalidade esportiva proporcionou ao grupo pesquisado a possibilidade de realizar “sonhos” como jogar futebol, onde a interação dos atletas com diferentes tipos de deficiências na mobilidade acabaram por causar uma identificação imediata, proporcionando com isso níveis de aceitação além de um aprendizado com os exemplos de superação que vivenciam no dia-a-dia dessa prática, gerando estímulos, coragem e acima de tudo um espírito de equipe, características estas que os esportes coletivos sabidamente podem desenvolver em seus praticantes.

É importante registrar que mesmo para aqueles atletas com alto grau de comprometimento e que dependem do uso de balão de oxigênio para sobreviver, são criadas adaptações em suas cadeiras, para que tenham o prazer da prática, desenvolvendo neles uma percepção de sentido para suas vidas e por conseguinte o resgate

Gráfico 3 – Resultados obtidos pela aplicação do Pentáculo do Bem-Estar

da vontade de viver apesar das limitações. Na quadra, durante a prática do *Power Soccer*, eles vivem um momento de realização, pois ao dominar suas cadeiras se tornam livres de qualquer auxílio e mostram-se entusiasmados, dedicados, responsáveis e perseverantes, assumindo junto com as cadeiras o comando de suas vidas. Além disso, ao praticarem uma modalidade coletiva aumentam o espectro de seus relacionamentos formando uma família por extensão para além dos laços familiares e tendo como ponto comum o esporte.

Sugere-se aos órgãos competentes e empresas como um todo, sejam eles governamentais ou mesmo da iniciativa privada, dinamizar junto as esferas acadêmicas investimentos na área de tecnologias inclusivas para desenvolvimento e fabricação de cadeiras motorizadas especializadas para a prática da modalidade, com custos acessíveis e compatíveis com aquelas fabricadas no exterior. Além disso recomendamos ao poder público, sobretudo legislativo, a criação de aprovação de leis de incentivo fiscal para a fabricação e venda desses produtos, tal qual acontece em países desenvolvidos com propósito exclusivamente de promover melhorias a vida dessas pessoas por meio da prática de esportes adaptados as suas peculiaridades.

Por derradeiro, e a título de recomendações, sugerem-se novos e múltiplos estudos no âmbito das investigações científicas ligadas à Educação Física enquanto ciência do movimento humano, não somente com grupos de pessoas com deficiências semelhantes a estas, mas também com outros segmentos da sociedade, igualmente com algum tipo de limitação sensorial, motora ou intelectual, que experimentam limitações nas suas possibilidades de melhorar a condição de suas vidas por meio das práticas regulares de esportes e exercícios físicos em geral.

Referências

ALMEIDA, M. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. F. R. Qualidade de vida como objeto de estudo polissêmico: contribuições da Educação Física e do Esporte. 1.ed Ponta Grossa-PR, tecnologia Federal do Paraná, 2009.

BARROZO, A. F.; HARA, A. C. P.; VIANNA, D. C.; OLIVEIRA, J.; KHOURY, L. P.; SILVA, P. L.; SAETA, B. R. P.; MAZZOTA, M. J. S.. Acessibilidade ao esporte, cultura e lazer para pessoas com deficiência, v.12, n.2, p. 16-28, São Paulo, 2012.

BERTONCELLO, I.; GOMES, L. V. N. Análise diacrônica e sincrônica da cadeira de rodas me-

canomanual, revista Produção v.12, n.1, 2002.

CARDOSO, V. D. A Reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. Ver. Bras. Ciência. Esporte, Florianópolis, Santa Catarina – Rio Grande do Sul. v.33, n.2, p.529-529(2011).

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para língua portuguesa e 'validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36(Brasil SF-36) v.39, n°3, 1999.

DEDINE, F. G.; CAVALCA, K. L. Aplicações de metodologia e sistemática de projeto em disciplina do Curso de Engenharia Mecânica. Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, Faculdade de Engenharia Mecânica. Departamento de projeto Mecânico. Campus Zeferino Vaz- UNICAMP. 13083 - 970 - Campinas - SP, 2000.

DUARTE, E.; WERNER, T. Conhecendo um pouco mais sobre as deficiências. Curso de Atividade Física e Desportiva para Pessoas Portadoras de Deficiência: Educação à Distância. Rio de Janeiro: ABT: UGE, v. 3, 1995.

FERREIRA, A.; SILVA, R. L.; BASTOS FILHO, T. F.; SACINELLI FILHO, Mario. Cadeira de rodas robótica com interface de PDA comandada por sinais cerebrais. Universidade Federal do Espírito Santo. UFES. Vitória, 2007.

FIPFA- *Fédération Internationale de Powerchair Football Association. Association loi 1910, declare le 16/10/2006 à La préfecture de Paris sous Le n°: 00178145P. Paris France, 2010.*

FLECK, M. P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Instrumento Abreviado de Avaliação da qualidade de Vida. "WHOQOL-bref". P.178-83, v.34, 2. São Paulo, (2000).

FRANÇA, I. S. X.; COURA, A. S.; FRANÇA, E. G.; BASÍLIO, N. V.; SOUTO, R. Q. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL- bref. Ver. Esc. Enferm. USP, São Paulo, 2011.

IBGE. Rio de Janeiro. Disponível em 2010. www. ibge. gov. br/censo2010. Acesso, v. 8, p. 09-11, 2010.

INSTITUTO NOVO SER. Acessibilidade Plena e Inclusão Social. Briefing. Rio de Janeiro, RJ, 2013.

INTERDONATTO, G. C.; GREGUOL. M. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. Ver Bras. Crescimento e Desenvolvimento hum, 2011; 21(2): 282-295.

JEFFRESS, M. S. "Finally, a Sport for Us!" Participant Experiences in Power Soccer — the First, Competitive Team Sport for Electric Wheelchair Users, Presented to the Faculty, Regent University School of Communication and the Arts In Partial Fulfillment of the Requirements for the Doctorate of Philosophy in Communication, EUA, march, 2013.

KUMAR, A.; KARMEKAR, A. M; COLLINS, D. M; SOUZA, A.; OYSTER, M. L; COOPER, R.; COOPER, R. A. *Pilot study for quantifying driving*

characteristics during power wheelchair soccer, JRRD, volume 49, number 1,2012, pages75-82.

MEDINA, A. G.; COELHO, D. B. Aspectos Biomecânicos e funcionais na prescrição de cadeiras de rodas. Escola de Educação Física. USP. São Paulo, 2007.

MARQUES, R. F. R.; GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, M. A. B. A. Investigação sobre configurações sociais do subcampo do esporte paralímpico no Brasil: Os processos de classificação de atletas. DOI: 10.4025/reveducfis. v23.4.14545. Rev. Educ. Fis./UEM, v. 23, n. 4, p. 515-527, 4. Trim, 2012.

MELO, A. C. R.; LÓPEZ, R. F. A. O Esporte Adaptado. Revista Digital, 2002.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. (Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 7-18, 2000).

NAHAS, M. V; BARROS, M. V. G; FRANCHALACCI, V. Pentáculo do Bem-Estar. Revista Atividade Física e saúde, v. 5, n. 2, 2000.

OLIVEIRA, L. M. B. Cartilha do Censo 2010. Pessoas com Deficiência: Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), Coordenação-Geral do Sistema de informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília, 2012.

REID, G.; PRUPAS, A. A documentary analysis of research priorities in disability sport. Adapted physical activity quarterly, v. 15, p. 168-178, 1998.

SIMIM, M. A. M.; MELLOZ, M. T.; NOCE, F. A Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Deficiência Física Pode ser influenciada pela prática de Atividade Física? Clínica Médica no Exercício e no Esporte, laboratório de psicologia do Esporte. Centro Universitário de Belo Horizonte- MG. Ver. Bras. Med. Esporte- vol. 15, nº3(2009)

SAMULSKI D. M., NOCE, F. Atividade física, saúde e qualidade de vida. In: Samulski DM, Organizador. Psicologia do Esporte: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia. São Paulo: Manole, 2002;301-18.

SILVA, I. A. A Importância da Educação Física, Esporte e Lazer para Portadores de Deficiência Física. Universidade Cândido Mendes, Pós-graduação "Lato Sensu" Projeto a vez do Mestre.

VAGHETTI, C. A. O.; MEDERIOS, M. A.; WITT, L. R. Aspectos Biomecânicos entre usuários da cadeira de rodas *Handcycle* e convencional. Cinergis, v. 13, n.3. p.1- 10, Rio Grande do Sul, 2012.

WU, Sheng K. *et al.* Classifiers as agents of social control in disability swimming. Adapted Physical Activity Quarterly, v. 17, n. 4, p. 421-436, 2000.

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

ANEXO A – WHOQOL-Brief

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref* (WHOQOL GROUP, 1998b).

O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, diferente do *WHOQOL-100* em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no *WHOQOL-bref* é avaliada por apenas uma questão. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes

O critério de seleção das questões foi tanto psicométrico como conceitual. No nível conceitual, foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS de que o caráter abrangente do Instrumento deveria ser preservado. Assim, cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (O *WHOQOL-100*) deveria ser representado por uma questão. No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de experts para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio *Meio-ambiente* foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio *Psicológico*. Os outros três outros itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão.

Uma análise fatorial confirmatória foi realizada para uma solução a quatro domínios. Assim o *WHOQOL-Bref* é composto por 4 domínios: *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Meio-ambiente*.

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL

Domínio I - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Domínio II - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III - Nível de Independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

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

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

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

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

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

REFERÊNCIAS

<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#2>

<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol3.html>

<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>

O ESTILO DE VIDA corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades das pessoas. Essas ações têm grande influência na saúde geral e na qualidade de vida de todos os indivíduos.

Pentáculo do Bem-Estar

<http://pevi.brasicoooperativo.coop.br>

(Markus Nahas)

NOME	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO () Masc. () Fem.
CIDADE	ESTADO	CPF	

VÍNCULO COM A COOPERATIVA

- () Associado
() Funcionário
() Funcionário OCB/Sescoop
() Família de associado
() Família de funcionário
() Outro:

COOPERATIVA

RAMO DE ATUAÇÃO: () Agropecuário; () Consumo;
() Crédito; () Educação; () Especial; () Habitação;
() Infraestrutura; () Mineral; () Turismo&Lazer;
() Produção; () Saúde; () Trabalho; () Transporte.

CNPJ

A COOP. OFERECE PLANO DE SAÚDE?

() SIM () NÃO

NOME DO PLANO DE SAÚDE

Apoio

O questionário do PEVI – Perfil do Estilo de Vida Individual gera um mapa individual de avaliação de cinco aspectos, que são representados por cinco pontas, um pentáculo que ilustra os cinco componentes que contribuem para a qualidade de vida dos indivíduos. Os componentes são: nutrição; atividade física; comportamento preventivo; relacionamento social; e controle do estresse. As perguntas de cada componente tem valores de 0 a 3, quanto mais próximo do valor 3 melhor é a atitude do indivíduo com relação ao item avaliado.

Os participantes da Campanha Cooperativa Saudável poderão comparar suas avaliações do PEVI em diferentes períodos e avaliar o aumento de áreas preenchidas no pentáculo. Quanto mais respostas próxima a pontuação 3 melhor será a qualidade de vida do avaliado.

A resposta zero indica que nada deve ser colorido. Com a pontuação "1" deve-se colorir o pentáculo do centro até o primeiro círculo; com a pontuação "2", do centro até o segundo

círculo e com a pontuação "3", do centro até o terceiro círculo. Quanto mais preenchido estiver o pentáculo, melhor é o estilo de vida do indivíduo.

Os itens a seguir representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Responda cada questão de acordo com o seu perfil, seguindo as indicações:

[0] nunca – absolutamente não faz parte do seu estilo de vida;

[1] raramente – às vezes corresponde ao seu comportamento;

[2] quase sempre – quase sempre verdadeiro no seu comportamento;

[3] sempre – a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

Nutrição

a) Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

Atividade Física

d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas ou intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

f) No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas em vez do elevador.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

Comportamento Preventivo

g) Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

h) Você não fuma e ingere álcool com moderação* (menos de 2 doses ao dia).

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

*Se você nunca fuma ou ingere álcool com moderação, deve escolher a opção 3 – sempre

i) Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool, se vai dirigir.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

Controle do Estresse

Relacionamento Social

j) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

k) Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo ou participação em associações.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

Controle do Estresse

m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

o) Você procura equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

- [0] nunca
[1] raramente
[2] quase sempre
[3] sempre

Resultado:

Data: / /

COMPONENTE	ÍNDICE	CLASSIFICAÇÃO
Nutrição		
Atividade Física		
Comportamento Preventivo		
Relacionamento Social		
Controle de Estresse		
Geral

Referência do bem-estar

ÍNDICE	CLASSIFICAÇÃO
Menos de 1	Índice Negativo
Entre 1 e 1,99	Índice Regular
Entre 2 e 3	Índice Positivo