

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



ROBSON DA SILVA MEDEIROS
NÍVEA DE MACEDO OLIVEIRA MORALES

Robson da Silva Medeiros
Nívea de Macedo Oliveira Morales

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

Uberlândia – Minas Gerais
Navegando Publicações
2018



Navegando Publicações



NAVEGANDO

www.editoranavegando.com

editoranavegando@gmail.com

Uberlândia – MG,

Brasil

Copyright © by autor, 2018.

I342 – Medeiros, Robson da Silva; Morales, Nívea de Macedo Oliveira. Impacto do atletismo paralímpico na qualidade de vida de pessoas com deficiência física. Uberlândia: Navegando Publicações, 2018.

ISBN: 978-85-53111-24-4

DOI: 10.29388/978-85-53111-24-4

1. Educação Física 2. Atletismo Paralímpico. I. Robson da Silva Medeiros; Nívea de Macedo Oliveira Morales. II. Navegando Publicações. Título.

CDD 613.7

CDU 61

Revisão – Lurdes Lucena

Arte Capa –

Índices para catálogo sistemático

Medicina 610

Educação Física 613.7



Editores

Carlos Lucena – UFU, Brasil

José Claudinei Lombardi – Unicamp, Brasil

José Carlos de Souza Araújo – Uniube/UFU, Brasil

Conselho Editorial

Afrânio Mendes Catani – USP, Brasil

Alberto L. Bialakowsky – Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Ángela A. Fernández – Univ. Autónoma de Sto. Domingo, República Dominicana

Anselmo Alencar Colares – UFOPA, Brasil

Carlos Lucena – UFU, Brasil

Carlos Henrique de Carvalho – UFU, Brasil

Carolina Crisorio – Universidad de Buenos Aires, Argentina

Cílson César Fagiani – Uniube, Brasil

Christian Cwik – University of the West Indies, St. Augustine, Trinidad & Tobago

Christian Hausser – Universidad de Talca, Chile

Daniel Schugurensky – Arizona State University, EUA

Dermeval Saviani – Unicamp, Brasil

Elizet Payne Iglesias – Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Fabiane Santana Previtali – UFU, Brasil

Francisco Javier Maza Avila – Universidad de Cartagena, Colômbia

Gilberto Luiz Alves – UFMS, Brasil

Hernán Venegas Delgado – Universidad Autónoma de Coahuila, México

Iván Sánchez – Universidad del Magdalena – Colômbia

João dos Reis Silva Júnior – UFSCar, Brasil

Jorge Enrique Elías-Caro – Universidad del Magdalena, Colômbia

José Carlos de Souza Araújo – Uniube/UFU, Brasil

José Claudinei Lombardi – Unicamp, Brasil

José Jesus Borjón Nieto – El Colegio de Vera Cruz, México

José Luis Sanfelice – Univás/Unicamp, Brasil

Lívia Diana Rocha Magalhães – UESB, Brasil

Mara Regina Martins Jacomeli – Unicamp, Brasil

Miguel Perez – Universidade Nova Lisboa – Portugal

Newton Antonio Paciulli Bryan – Unicamp, Brasil

Paulino José Orso – Unioeste – Brasil

Raul Roman Romero – Universidad Nacional de Colombia – Colômbia

Ricardo Antunes – Unicamp, Brasil

Robson Luiz de França – UFU, Brasil

Sérgio Guerra Vilaboy – Universidad de la Habana, Cuba

Silvia Mancini – Université de Lausanne, Suíça

Teresa Medina – Universidade do Minho – Portugal

Tristan MacCoaw – Universit of London – Inglaterra

Valdemar Sguissardi – UFSCar – (Aposentado), Brasil

Victor-Jacinto Flecha – Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Paraguai

Yoel Cordoví Núñez – Instituto de História de Cuba, Cuba

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

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sumário

1. Introdução	1
2. Objetivo	10
3. Método	10
3.1 – Participantes	10
3.2 – Avaliações	13
3.2.1 Abbreviated Version of the instrument Quality of Life World Health Organization (WHOQOL-BREF)	13
3.2.2 Questionário clínico e demográfico	14
3.3 Procedimentos	15
3.4 Análise estatística	20
4. Resultados	21
5. Discussão	29
6. Conclusões	37
7. Referências	38

1. INTRODUÇÃO

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

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

A QV tem sido avaliada por meio de instrumentos, na maioria questionários padronizados confiáveis e validados. Atualmente estão disponíveis na literatura diversos instrumentos, tanto genéricos (que são multidimensionais) quanto específicos (direcionados a uma população ou condição específica) (GARRATT et al., 2002; GORDIA, 2011; GUYATT; FEENY; PA-

TRICK, 1993). Um dos instrumentos mais utilizados mundialmente é o WHOQOL-BREF, desenvolvido pela OMS (THE WHOQOL GROUP, 1998). Trata-se de um questionário genérico de QV que pode ser aplicado em indivíduos saudáveis ou com doenças crônicas (HILL et al., 2010; KIM et al., 2013; KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2009).

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

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

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

uma limitação ou dificuldade no desenvolvimento de alguma tarefa motora (BOBATH, 1978).

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

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

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

A atividade física apresenta associação positiva com a QV, ou seja, quanto mais ativo o indivíduo, melhor sua QV (BIZE; JOHNSON; PLOTNIKOFF, 2007; GILL et al., 2013; PUCCI et al., 2012; SILVA et al., 2010). Essa associação também foi observada em pessoas com deficiências diversas (COSTA e

DUARTE, 2002; RAUCH et al., 2013; STEVENS et al., 2008) e em deficientes físicos (COCQUYT e SIGMUND, 2011). No entanto, a relação entre atividade física e QV pode variar de acordo com o tipo e a intensidade da atividade (ANOKYE et al., 2012; PUCCI et al., 2012).

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

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

O esporte para pessoas com deficiência física, ao que tudo indica, surgiu logo após a I Guerra Mundial, por volta de 1918, quando soldados alemães com deficiência física adquirida nos combates iniciaram a prática de tiro e arco e flecha (GONZALEZ e SILVA, 2007). Mas, foi o médico neurologista alemão Dr. Ludwig Guttmann, a partir da II Guerra Mundial em 1944, o grande responsável pelo desenvolvimento do esporte para pessoas com deficiência física (STAHNISCH e TYNEDAL, 2012).

A pedido do governo Britânico, ele estabeleceu no hospital de *Stoke Mandeville* na cidade inglesa de Aylesbury um centro de tratamento para os feridos na guerra. O esporte foi então utilizado na reabilitação de seus pacientes (BLAUWET e WILLOCK, 2012; SCRUTON, 1979; SILVER e WEINER, 2013; STAHNISCH e TYNEDAL, 2012).

No início, a prática esportiva tinha como principal objetivo auxiliar na reabilitação física, mas com o passar do tempo, Dr. Guttmann começou a notar também melhorias no estado psicológico e na interação social de seus pacientes. Com o intuito de divulgar o sucesso de seu trabalho e, ao mesmo tempo, homenagear esses heróis de guerra, Dr. Guttmann idealizou os Jogos de *Stoke Mandeville*. Os I Jogos de Stoke Mandeville foram realizados no dia 29 de Julho de 1948. Na ocasião, competiram cerca de 20 atletas na modalidade arco e flecha (BLAUWET e WILLOCK, 2012; COSTA e SOUSA, 2004; GONZALEZ e SILVA, 2007; SCRUTON, 1979).

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

Contudo, o grande marco aconteceu em 1960, quando Antônio Maglio, amigo de Guttmann, propôs e conseguiu que fossem realizados os Jogos de *Stoke Mandeville* na cidade de Roma, na Itália. Naquele ano, aconteceu na capital italiana a XVI Olimpíada e, em seguida, foram utilizadas as mesmas instalações para realizarem os jogos para pessoas com deficiência, denominados Olimpíadas dos Portadores de Deficiência

(BLAUWET e WILLICK, 2012; COSTA e SOUSA, 2004; MARQUES et al., 2009). Os jogos obtiveram uma excelente aceitação em nível mundial e, a partir de então, foram integrados na programação dos jogos Olímpicos, agora realizados obrigatoriamente na mesma cidade e nas mesmas instalações das Olimpíadas, com as devidas adaptações. No ano de 1964, em Tóquio, passou a ser chamado de Jogos Paraolímpico (*Paralympic*, em inglês) com fusão das palavras paraplegia e olímpico. Mais tarde, com a inclusão de pessoas com outras deficiências, o nome “para” foi utilizado como referência de “paralelo” aos jogos “Olímpicos” (COSTA e SOUSA, 2004; GONZALEZ e SILVA, 2007). No Brasil, desde novembro de 2011, o termo “paraolímpico” foi substituído por “paralímpico” pelo Comitê Paralímpico Brasileiro, a pedido do Comitê Paralímpico Internacional, com o objetivo de alcançar a universalização do termo e suas derivações (CASTELAR, 2011).

O Comitê Paralímpico Internacional (IPC), fundado em 22 de setembro de 1989, com sede em Bonn, na Alemanha, é o principal responsável pelo esporte e tem como objetivo desenvolver oportunidades esportivas para todas as pessoas com deficiência, do iniciante ao nível elite (TORRALBA, 2012). Atualmente, os Jogos Paralímpicos são considerados o segundo maior evento esportivo mundial em termos de duração e números de participantes, perde apenas para as Olimpíadas (GONZALEZ e SILVA, 2007; TORRALBA, 2012). Os últimos jogos paralímpicos, realizados entre os dias 29 de agosto e 09 de setembro de 2012, em Londres, na Grã Bretanha, teve a participação de 4.280 atletas de 166 países que competiram em 20 modalidades esportivas (TORRALBA, 2012).

No Brasil, o esporte para pessoas com deficiência teve seu início no ano de 1958, quando Robson Sampaio de Almei-

da fundou no Rio de Janeiro, no dia 1º de abril, o clube do Otimismo e Sérgio Serafim Del Grande criou o clube dos Paraplégicos de São Paulo, em 28 de julho. Ambos regressavam de um processo de reabilitação realizado nos Estados Unidos e munidos de informações referentes ao basquetebol em cadeiras de rodas passaram a utilizar o esporte como um elemento de reabilitação para cadeirantes. Já no ano seguinte, em 1959, aconteceu a primeira competição entre os dois clubes com vitória dos paulistas (BRAZUMA e CASTRO, 2001; COSTA e SOUSA, 2004). A prática esportiva competitiva no país continuou crescendo até que, em 1972, o Brasil iniciou sua participação nos Jogos Paralímpicos, na cidade de Heidelberg, na Alemanha, mas nessa ocasião, não conquistou medalhas (GONZALEZ e SILVA, 2007).

No ano de 1995 é fundado o Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB), afiliado ao comitê Paralímpico Internacional (IPC), atualmente com sede em Brasília, é o principal responsável pelo esporte paralímpico no país (MARQUES; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2012). Desde então, o Brasil apresentou uma grande evolução. Nas Paralímpiadas de Sydney, no ano 2000, alcançou o 24º lugar no quadro geral de medalhas com 22 medalhas, o que demonstrou a sua grande capacidade de se tornar uma potência mundial no esporte paralímpico (COSTA e SANTOS, 2002).

Mesmo com o crescimento do esporte paralímpico no Brasil, pessoas com deficiência ainda encontram dificuldades para iniciar e se manter no esporte. Faltam instalações esportivas adequadas, transporte, acessibilidade, apoio financeiro e social, entre outros (CARDOSO, 2011). Além disso, a própria deficiência e as condições de saúde constituem uma barreira pessoal que também pode influenciar na adesão à prática esportiva (JA-

ARSMa et al., 2014). Apesar disso, o crescente interesse científico e incentivo para maiores investimentos financeiros (tanto público quanto privado) têm contribuído no desenvolvimento do esporte no país (CARDOSO, 2011).

A profissionalização e os altos investimentos no esporte levaram o Brasil a se firmar no cenário mundial, o que resultou nas 43 medalhas conquistadas e o 7º lugar geral no quadro de medalhas nos últimos Jogos Paralímpicos, realizados no ano de 2012, em Londres (MARQUES; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2012). Ao longo de todos esses anos de participação do Brasil, nos Jogos Paralímpicos, o atletismo é a modalidade em que o país conquistou o maior número de medalhas (BRASIL, 2014; GONZALEZ e SILVA, 2007).

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

As competições e as modalidades do esporte paralímpico têm crescido muito nos últimos tempos, tanto no Brasil quanto

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

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

A comparação da QV entre pessoas com deficiência física praticantes e não praticantes de esporte foi realizada em trabalhos anteriores e detectou melhor QV nos atletas paralímpicos (ANTONIETTI et al., 2008; NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012). Esses estudos incluíram atletas paralímpicos dos esportes basquete em cadeira de rodas (ANTONIETTI et al., 2008; NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012), tiro com arco, tiro de pistola de ar e futebol para amputados (YAZICIOGLU et al., 2012).

Os atletas paralímpicos podem competir basicamente em dois níveis, participação e elite (JONG et al., 2010), tornando-se este último cada vez mais competitivo (BRAZUMA e CAS-

TRO, 2001). Um estudo avaliou a QV de atletas paralímpicos de nível elite e comparou-os com pessoas com deficiência física não praticantes de esporte (YAZICIOGLU et al., 2012). A comparação da QV entre atletas de elite e participação ainda não foi realizada, embora alguns autores já tenham indicado a necessidade de se verificar possíveis diferenças na QV conforme os diferentes níveis de competitividade (MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012).

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

2. OBJETIVO

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

3. MÉTODO

3.1 Participantes

O estudo observacional transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uber-

lândia (protocolo 062/11) e conduzido no período de setembro de 2011 e fevereiro de 2013.

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

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

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

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

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

Para provas de campo – arremesso, lançamentos e saltos

F – Field (campo)

- *F11 a F13* – deficientes visuais
- *F20* – deficientes mentais
- *F31 a F38* – paralisados cerebrais (31 a 34 para cadeirantes e 35 a 38 para ambulantes)
- *F40 a F41* – anões
- *F42 a F47* – amputados e outros (*les autres*)
- *F51 a F58* – competem em cadeiras (sequelas de polio-mielite, lesões medulares e amputações)

Para provas de pista – corridas de velocidade e fundo

T – track (pista)

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

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

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

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

3.2 Avaliações

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

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

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

- *Domínio Físico* (7 itens): atividades da vida diária; capacidade de trabalho; dependência de medicação ou de tratamento; dor e desconforto; energia e fadiga; mobilidade; sono e repouso.
- *Domínio Psicológico* (6 itens): aparência e autoimagem; autoestima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; pensamento, aprendizagem, memória e concentração; sentimentos negativos e sentimentos positivos.

- *Domínio Relações Sociais* (3 itens): atividade sexual; relações pessoais; suporte social.
- *Domínio Meio Ambiente* (8 itens): ambiente do lar; ambiente físico; disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; acesso ou oportunidades de recreação e lazer; recursos financeiros; segurança física e proteção; transporte.

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

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

3.2.2 Questionário clínico e demográfico

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

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

Dados sobre a deficiência também foram coletados, tais como o tipo de deficiência (congenita ou adquirida), tipo de seqüela, uso de tecnologia assistiva, necessidade de acompanhante, tratamentos (médico, psicológico, fisioterápico ou terapia ocupacional) e uso de medicamentos.

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

- Paraplegia: perda total das funções motoras dos membros inferiores.
- Paraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
- Monoplegia: perda total das funções motoras de um membro (inferior ou superior).
- Monoparesia: perda parcial das funções motoras de um membro (inferior ou superior).
- Triplegia: perda total das funções motoras de três membros.
- Tri paresia: perda parcial das funções motoras de três membros.
- Hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemicorpo (direito ou esquerdo).
- Hemiparesia: perda parcial das funções motoras de um hemicorpo (direito ou esquerdo).
- Amputação: perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.

3.3 Procedimentos

O Grupo G1, composto por atletas paralímpicos de elite no atletismo, serviu de parâmetro para os demais grupos desse

estudo. Foi estabelecido pelos pesquisadores que os grupos seriam pareados numa proporção de um para um para as variáveis de sexo, idade e deficiência física (congenita ou adquirida). Após análises preliminares dos registros dos resultados e rankings das competições dos anos anteriores disponibilizados pelo CPB (Comitê Paralímpico Brasileiro), verificou-se que esse grupo (elite) teria um número restrito de atletas, o que justificou ser o primeiro coletado. Os demais grupos, a princípio, disporiam de um número maior de potenciais voluntários.

O grupo G1 foi recrutado no ano de 2011. Para a sua composição foi considerado o número total de 61 atletas do atletismo com deficiência física com índice exigido pelo Comitê Paralímpico Brasileiro (CBP) para integrar a elite do atletismo paralímpico nas competições nacionais desse ano. O tamanho da amostra para esse universo ocorreu com uma margem de erro máximo de 5%, poder estatístico de 80% e perda estimada em 10% seria de pelo menos 57 atletas (COCHRAN, 1986). Foram convidados e participaram da pesquisa 57 atletas, entrevistados durante uma etapa nacional do “Circuito Loterias Caixa Brasil Paralímpico de Atletismo” realizada do dia 02 a 04 de setembro de 2011, no complexo Desportivo Constâncio Vaz Guimarães –IBIRAPUERA– São Paulo–SP, nos ambientes de competição. Os demais grupos mantiveram o número total de 57 participantes pareados por sexo e idade.

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

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

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

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

O recrutamento do grupo G3 (pessoas sedentárias com deficiência física) aconteceu na cidade de Uberlândia-MG no

período de fevereiro de 2012 a dezembro de 2012, em três instituições de referência ao atendimento de pessoas com deficiência na cidade de Uberlândia: APARU, CERTO e VIRTUS, onde são oferecidos diversos serviços, tais como: fisioterapia, oficinas de artes e artesanato, alfabetização, atividades de lazer e recreação entre outras. Para a coleta de dados os pesquisadores obtiveram autorização previa dos responsáveis pelas instituições. Por meio do cadastro de atendimento foram verificadas as variáveis de idade, sexo, tipo de deficiência e possível prática de atividade esportiva.

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

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

O Hospital de Clínicas da UFU é local de referência no atendimento clínico secundário e terciário em diversas especialidades de saúde. Os voluntários foram recrutados através de listas de contatos fornecidas pelo Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares (SEIH) do Setor de Arquivo Médico (SAME) do HC/UFU, segundo a variável idade e CID. Os pesquisadores de posse da lista com os nomes e dados clínicos dos pacientes, selecionaram os possíveis voluntários de acordo com as necessidades do pareamento. Em seguida foram realizados contatos via telefone, nos casos em que as pessoas confirmaram os dados contidos no cadastro médico e relataram estar sedentárias foram convidadas a participar do estudo. Para continuidade do processo foi agendado entrevista na residência ou local mais conveniente para os voluntários para aplicação de todo o protocolo (incluindo termo de consentimento livre e esclarecido). Foram incluídos neste grupo indivíduos com os seguintes CIDs: (G04.9, S88.0, S22.0, S68.9, S34.5, S68.9, S24.1, T92.6, S88.1)

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

A coleta de dados do grupo G4 (pessoas saudáveis sedentárias) ocorreu entre fevereiro de 2012 a fevereiro de 2013 na cidade de Uberlândia–MG. Os pesquisadores, durante a coleta de dados das pessoas com deficiência física sedentárias (grupo G3), requisitaram que as mesmas indicassem para participar da pesquisa indivíduos saudáveis com as características de sexo e idade necessárias para o pareamento com os demais grupos. Essas pessoas deveriam ser conhecidas dos voluntários do grupo G3 destes que não tivessem grau de parentesco ou residisse no mesmo lar. Dos 57 voluntários que constituíram o grupo G4,

44 foram entrevistadas em suas residências ou locais mais convenientes para os mesmos, após indicação e posterior contato via telefone pelos pesquisadores. Os outros 13 voluntários foram entrevistados nas instituições no momento em que acompanhavam um amigo que foi voluntário no grupo G3 e o indicou para compor o grupo G4. Todos os voluntários desse grupo, a exemplo dos demais, receberam as informações referentes à pesquisa e concordaram em participar, cumprindo a todos os protocolos do estudo.

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

3.4 Análise estatística

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

O teste do Qui-quadrado foi utilizado na comparação entre os grupos para as frequências das respostas dos itens Q1 e Q2 do WHOQOL-BREF, estado civil e recebimento ou não de bolsa atleta (grupos G1 e G2). A comparação dos escores do WHOQOL-BREF foi realizada por meio da ANOVA com pós-teste de Bonferroni. O tamanho do efeito, calculado como a razão entre a diferença das médias e o desvio padrão, foi utilizado para medir a magnitude das diferenças significativas na comparação dos escores de QV entre os quatro grupos. Os valores obtidos foram considerados grandes quando maiores ou iguais a 0,8; moderados de 0,4 a 0,79 e pequenos abaixo de 0,4 (COHEN, 1988).

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

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

4. RESULTADOS

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

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

Tabela 1 – Características gerais dos participantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O grupo G3 foi o que apresentou o maior número de pessoas em tratamento médico 29 (50,88%). Já G2 obteve mais indivíduos em tratamento psicológico 23 (40,35%) e também em tratamento de fisioterapia ou terapia ocupacional 14 (24,56%). Quanto ao aspecto já ter realizado de algum tipo de cirurgia, o número foi maior entre os voluntários de G1 40 (70,17%). Em relação ao uso de medicamentos, a frequência de utilização foi parecida nos três grupos de pessoas com deficiên-

cia física com destaque para o uso de anticonvulsivantes, conforme mostra Tabela 4.

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

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

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

motivações para a prática esportiva 25 (43,86%) (G1) e 18 (31,58%) (G2), conforme Tabela 5.

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

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

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

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

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

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

O primeiro aspecto da QV analisado foi a satisfação geral com a QV, referente ao item1 (Q1) do WHOQOL-BREF. A maioria dos indivíduos de G1 avaliou sua QV como “muito boa”, em G2 ocorreu a mesma proporção entre respostas “muito boa” e “boa”, em G3 e G4 a maioria considerou sua QV “boa” ($p=0,00$). Para a percepção geral de saúde pelo próprio indivíduo no item 2 (Q2), grande parte dos voluntários de G1 e G2 expressou estar “muito satisfeito” com a própria saúde, com maior frequência em G1. Em G3 e G4, a maioria encontrava-se “satisfeito” com a própria saúde ($p=0,00$) (Tabela 7).

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

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

[§]*Teste do Qui–quadrado; (p<0,05).*

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

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

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

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

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

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

5. DISCUSSÃO

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

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

Os três trabalhos que compararam a QV entre pessoas com deficiência física praticantes e não praticantes de esporte (ANTONIETTI et al., 2008; NOCE; SIMIM; MELLO, 2009; YAZICIOGLU et al., 2012), utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF e detectaram melhor QV nos atletas paralímpicos. Destaca-se o fato de que as modalidades esportivas incluídas em cada estudo e o tamanho da amostra foram diferentes da presente pesquisa. Dois estudos, ambos brasileiros, avaliaram atletas paralímpicos de basquetebol em cadeira de rodas, num total de dez (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009) e 15 deficientes físicos

(ANTONIETTI et al., 2008). O outro estudo, conduzido na Turquia, incluiu 30 atletas paralímpicos de elite, sendo nove de basquetebol, nove de tiro com arco, quatro de tiro de pistola de ar e oito de futebol para amputados (YAZICIOGLU et al., 2012). Na presente pesquisa, o atletismo foi a única modalidade avaliada e o tamanho da amostra foi consideravelmente maior do que a dos trabalhos anteriores. Os resultados obtidos reforçam a importância da prática do atletismo, na percepção positiva de QV em pessoas com deficiência física. Os benefícios das demais modalidades esportivas poderão ser mais bem estudados e comparados em futuras pesquisas.

O presente estudo teve como preocupação considerar que a prática esportiva pode ser realizada em diferentes níveis de rendimento, sendo os atletas frequentemente diferenciados em elite ou participação. A hipótese inicial foi a de que haveria diferença na QV entre os atletas paralímpicos dessas categorias. De fato, observou-se maior satisfação geral com a QV para o grupo elite em comparação com o grupo participação, além de uma tendência para melhor QV no grupo elite segundo os domínios do WHOQOL-BREF.

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

Embora o alto nível competitivo em atletas paralímpicos possa estar relacionado à maior frequência de lesões esportivas, *stress* e outros aspectos motivacionais negativos, (BRAZUNA e CASTRO, 2001; DIJKSTRA et al., 2014; PETER VAN, 2012;

WILLICK et al., 2013) tem sido demonstrado nos atletas de elite maior autoestima, menor nível de ansiedade, (CAMPBELL e JONES, 1994) elevada satisfação com a vida (YAZICIOGLU et al., 2012) e boa integração na comunidade (MCVEIGH; HITZIG; CRAVEN, 2009; ZABRISKIE et al., 2005). Além disso, o bom desempenho esportivo possibilita apoios financeiros e oportunidades de viagens nacionais e internacionais (BRAZUNA e CASTRO, 2001).

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

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

Um estudo britânico verificou a influência do nível competitivo no bem estar psicológico de atletas participantes de esportes em cadeira de rodas, divididos em grupos: recreativo, regional, nacional e internacional. Os atletas de nível internacional apresentaram maior percepção de bem estar psicológico e melhor autoestima do que os demais (CAMPBELL e JONES, 1994). Essa pesquisa apresenta diferenças metodológicas em relação ao presente estudo, uma vez que avaliou outras modalidades esportivas, utilizou outra classificação de nível competi-

vo e não aplicou instrumento de avaliação de QV. Contudo, os resultados corroboram com os do presente estudo por detectar maior percepção de bem estar nos atletas paralímpicos em nível competitivo mais elevado.

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

Neste estudo, os atletas paralímpicos do atletismo pertencentes ao grupo elite apresentaram resultados melhores do que o grupo participação não apenas em relação à percepção de QV, mas também uma significativa diferença nos quesitos anos de prática do atletismo, frequência de treinos semanais, número de competições anuais e recebimento de bolsa atleta. Embora estes resultados já fossem esperados, destaca-se o fato de que estas características esportivas tiveram em geral fraca associação com a percepção de QV. Deve-se considerar que o instrumento utilizado, por suas características genéricas, pode apresentar limitações para detectar a interferências destas variá-

veis tão específicas na percepção subjetiva de bem estar. Novas pesquisas que incorporem instrumentos relacionados à prática esportiva são necessárias para esclarecer os fatores determinantes para a QV destes atletas.

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

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

A deficiência física ocasiona limitações motoras e consequentemente restrições importantes na vida diária (AMIRALIAN et al., 2000), além de comprometer a percepção de QV, principalmente no domínio físico (CHANG; WANG; JANG, 2012), o que não aconteceu na presente investigação para as pessoas com deficiência física praticantes do atletismo. Os dois grupos de atletas paralímpicos obtiveram percepção de QV no domí-

nio físico semelhante aos voluntários do grupo saudável, ou seja, pessoas que não apresentavam comprometimento físico. Esse resultado sugere que a prática do atletismo tenha minimizado os possíveis prejuízos da deficiência física na percepção de QV dos atletas paralímpicos, o que reforça os benefícios do esporte atletismo na QV destas pessoas.

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

Para os domínios psicológico e meio ambiente, apesar de o grupo deficiente físico sedentário ter apresentado menores escores quando comparado ao grupo saudável, os resultados não foram significativos. Deve-se considerar que a maioria dos deficientes físicos relatou já ter realizado ou estar em acompanhamento psicológico, o que possivelmente possa ter contribuído positivamente na percepção da QV psicológica (MUNHOZ e MOTTA, 2012; SOUZA e CERVENY, 2006). Outra questão a ser considerada é a possibilidade de resiliência diante das condi-

ções crônicas da deficiência (MACHIDA; IRWIN; FELTZ, 2013; SOUZA e CERVENY, 2006). Em relação ao domínio meio ambiente, os dois grupos pertenciam à mesma comunidade e demonstraram o mesmo grau de satisfação em relação ao local de moradia, acesso aos serviços de saúde, educação, lazer e meios de transportes.

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

De todos os domínios do WHOQOL-BREF, o domínio meio ambiente foi o que apresentou os menores escores de QV nos quatro grupos do presente estudo. Resultados semelhantes foram obtidos em outras pesquisas brasileiras com diferentes populações, tais como, pessoas com deficiência física (NOCE; SIMIM; MELLO, 2009), lesão medular (BAMPI et al., 2008; FRANÇA et al., 2011; ou saudáveis (CIESLAK et al., 2012; INTERDONATO e GREGUOL, 2010). Isso também ocorreu na

população normativa iraniana (NEDJAT et al., 2008) e dinamarquesa (NOERHOLM et al., 2004). Em contrapartida, outros estudos não têm demonstrado o mesmo resultado, sendo observados menores escores no domínio físico para a população normativa brasileira (CRUZ et al., 2011), e em indivíduos com deficiência de diferentes países (CHANG; WANG; JANG, 2012; YAZICIOGLU et al., 2012). Novos estudos poderão esclarecer estes achados e considerar a influência das diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas.

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

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

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

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

6. CONCLUSÕES

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

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

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Medicine And Science in Sports And Medicine**, Hagerstown, v. 7, n. 43, p. 1.334-1.359, July 2011.

AMIRALIAN, M. L.T.; BINTO, E.B.; GHIRARDI, M.I.G.; LICHTIG, I.; ELCIE, F.S.; MASINI, E.F. S.; PASQUALIN, L. Conceituando deficiência. **Revista Saúde Pública**, São Paulo v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

ANOKYE, N. K.;TRUEMAN, P.; GREEN, C.; PAVEY, T.G.; TAYLOR, R.S. Physical activity and health related quality of life. **BMC Public Health**, Uxbridge, n. 12, v. 624, p. 1-8, 2012.

ANTONIETTI, L.S.; COSTA, R.A.; GONDO, F.L.B.; OLIVEIRA, A.S.B.; CHIARELLO, B. Comparative evaluation in spinal cord injured sedentary patients and wheelchair basketball players. **Rev. Neurocien**, São Paulo, v. 2, n. 16, p. 90-96, 2008.

BAMPI, L. N.; GUILHEM, D.; LIMA, D. D. Quality of live in people with traumatic spinal cord injury: a study with WHOQOL-bref. **Ver. Bras. Epidemiol**, São Paulo. 11, n. 1, p. 67-77, 2008.

BARBANTI, V. J. O que é esporte? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 11, n. 1, p. 54-58, jan. 2006.

BIZE, R.; JOHNSON, J. A.; PLOTNIKOFF, R. C. Physical activity level and health-related quality of life in the general

adult population: A systematic review. **Preventive Medicine**, Edmonton, v. 45, p. 401-415, 2007.

BLAUWET, C.; WILLICK, S. E. The Paralympic Movement: Using Sports to Promote Health, Disability Rights, and Social Integration for Athletes With Disabilities. **American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation**, Boston, v. 4, p. 851-856, nov. 2012.

BOAKYE, M.; LEIGH, B. C.; SKELLY, A. C. Quality of life in persons with spinal cord injury: comparisons with other populations. **A.C. J. Neurosurg Spine (Suppl)**, Louisville, v. 17, p. 29-37, 2012.

BOBATH, B. K. **Desenvolvimento motor nos deficientes: tipos de paralisia cerebral**. Guarulhos, SP: Manole, 1978.

BOGART, K. R. The Role of Disability Self-Concept in Adaptation to Congenital or Acquired Disability. **Rehabilitation Psychology**, Corvallis, v. 59, n. 1, p. 107–115, 2014

BOOTH, F. W.; CHAKRAVARTHY, M. V. Cost and consequences of sedentary living: new battleground for an old enemy. **Research Digest**, Washington, v. 3, n.16, march. 2002.

BRASIL, 2014. Disponível em:

<<http://www.brasil2016.gov.br/pt-br/paraolimpiadas/modalidades/atletismo>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

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

BROWN, D.W.; BALLUZ, L.S.; HEATH, G.W.; MORIARTY, D.G.; FORD, E.S.; GILES, W.H.; MOKDAD, A.H. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. **Preventive Medicine**, Atlanta, n. 37, p. 520–528, 2003.

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

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

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

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

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

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

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

CASTELAR, M. Disponível em:

<http://www.lancenet.com.br/minuto/Termo-paraolimpico-sera-usado-Brasil_0_596340500.htmlx>. Acesso em: 02 ago. 2014.

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

CHUN, S. Contribution of community integration to quality of Life for Participants of community-Based Adaptive Sport Programs. **Therapeutic Recreation Journal**, Brock, v. XLII, n. 4, I\I-II6, 2008.

CIESLAK, F.; CAVAZZA, J.C.; LAZAROTTO, L.; TITSKI, A.C.K.; STEFANELLO, J.M.F.; LEITE, N. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Rev. Educ. Fis/UEM**, Maringá, v. 23, n. 2, p. 251-260, 2012.

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

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

COCQUYT, M.; SIGMUND, E. The impact of competition in physical activity and sport on the self-perception of individuals

with physical disabilities. **Acta Univ. Palacki. Olomuc.**, Gymn, Leuven, v. 41, n. 1 p. 43-50, 2011.

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

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

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

COSTA, A. M; SOUSA, S. B. Educação Física e Esporte Adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da Integração/Inclusão e perspectivas para o século XXI. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 27-42, maio 2004.

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

CRAWFORD, A.; HOLLINGSWORTH, H.H; MORGAN, K.; GRAY, D.B. People with mobility impairments: Physical activity and quality of participation. **Disability and Health Journal**, St. Louis, n.1, p. 7-13, 2008.

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

CRUZ, L. N.; POLANCZYK, C.A.; CAMEY, S.A.; HOFFMANN, J.F.; FLECK, M.P. Quality of life in Brazil: normative values for

the Whoqol-bref in a southern general population sample. **Qual Life Res.**, Porto Alegre, v.20, n.7, p.1123-1129, 2011.

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

DIJKSTRA, H. P.; POLLOCK, N.; CHAKRAVERTY, R.; J M ALONSO, J.M. Managing the health of the elite athlete: a new integrated performance health management and coaching model. **Br J. Sports Med.**, Doha, v. 48, p. 523–531, 2014.

DINOMAS, M.; GAMBART, G.; BRUNEAU, A.; BONToux, L.; DERIES, X.; TESSIOT, C.; RICHARD, L. Social Functioning and Self-Esteem in Young People with Disabilities Participating in Adapted Competitive Sport. **Neuropediatrics**, New York, v. 41, p. 49-54, 2010.

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

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

FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Ver. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FRANÇA, I. S.; COURA, A.S.; DE 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, v. 45, n. 6, p. 1364-71, 2011.

GARRATT, A.; SCHMIDT, L.; MACKINTOSH, A.; FITZPATRICK, R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. **BMJ**, Oxford, v. 324, p. 1-5, june 2002.

GILL, D.L.; HAMMOND, C.C.; REIFSTECK, E.J.; JEHU, C.M.; WILLIAMS, R.A.; ADAMS, M.M.; LANGE, E.H.; BECOFSKY, K.; RODRIGUEZ, E.; SHANG, Y.T. Physical Activity and Quality of Life. **J Prev. Med. Public Health**, Greensboro, v. 46, p. 28-34, 2013.

GILLISON, F. B.; SKEVINGTON, S.M.; SATO, A.; STANDAGE, M.; EVANGELIDOU, S. The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 68, n. 9, p. 1.700-1.710, may 2009.

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

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

GUYATT, G. H.; NAYLOR, C.D.; JUNIPER, E.; HEYLAND, D.K.; JAESCHKE, R.; COOK, D.J. Users' guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life: evidence-based medicine working group. **Journal of The**

American Medical Association, Chicago, v. 277, n. 15, p. 1.232-1.237, apr. 1997.

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

HILL, M. R.; NOONAN, V.K.; SAKAKIBARA, B.M.; MILLER, W.C. Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: A systematic review. **Spinal Cord.**, Vancouver, V. 48, n. 6, p. 438-450, june 2010.

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

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

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

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

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

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

KIM, W. H.; HAHN, S.J.; IM, H.J.; YANG, K.S. Reliability and Validity of the Korean World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF in People With Physical Impairments. **Ann Rehabil Med**, Seoul, v. 37, n. 4, p. 488-497, 2013.

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

LABRONICI, R. H.; CUNHA, M.C.; OLIVEIRA, A. S.; GABBAI, A. A. Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade. **Arq Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 58, n. 4, p.1092-1099, 2000.

LANGLOIS, F.; VU, T.T.; CHASSÉ, K.; DUPUIS, G.; KERGOAT, M.J.; BHERER, L. Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. **Journals of Gerontology**, Series B, Montreal, p. 1-5, 2012.

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

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

LUNDBERG, N.; BENNETT, J.; SMITH, S. Outcomes of Adaptive Sports and Recreation Participation among Veterans

Returning from Combat with Acquired Disability. **Therapeutic Recreation Journal**, Lundberg, XLV, n. 2. p. 105-120, 2011.

LUSTYK, M. K.; WIDMAN, L.; PASCHANE, A.A.; OLSON, K.C. Physical Activity and Quality of Life: Assessing the Influence of Activity Frequency, Intensity, Volume, and Motives. **Behavioral Medicine**, West Seattle, v. 30, n.3, p. 124-132, 2004.

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

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

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

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

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

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

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

MODOLO, V. B.; MELLO, M.T.; GIMENEZ, P.R.; TUFIK, S.; ANTUNES, H.K. Dependência de Exercício Físico: Humor, Qualidade de Vida em Atletas Amadores e Profissionais. **Ver. Bras. Med. Esporte**, São Paulo, v. 15, n. 5, set/out, 2009.

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

NAKASHIMA, S.; MIKI, Y.; MIKI, T.; WANG, H.; YAMASAKI, M. How the number of years of sports experience and the frequency of sports activities can influence the quality of life of people with challenges. **J. human ergol.**, Tokyo, v.38, p. 19-26, 2009.

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

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

NOERHOLM, V.; GROENVOLD, M.; WATT, T.; BJORNER, J.B.; RASMUSSEN, N.A.; BECH, P. Quality of life in the Danish general population – normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. **Quality of Life Research**, Hilleroed, v.13, p. 31–540, 2004.

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

PAFFENBARGER, R. S.; HYDE, R.T.; WING, A.L.; HSIEH, C.C. Physical activity, all-cause mortality, and wngevity of college alumni. **The new England journal of medicine**, Stanford, v. 6, p. 605-613, mar. 1986.

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

PAREDES, T.; SIMÕES, M.R.; CANAVARRO, M.C.; VAZ SERRA, A.V.; PEREIRA, M.; QUARTILHO, M.J.; RIJO, D.; GAMEIRO, S.; CARONA, C. Impacto da doença crônica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 73-87, 2008.

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

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

PUCCI, G. C.; C.R; R.C; REIS, R.S. Association between physical activity and quality of life in adults. **Rev. Saúde Pública**, Curitiba, v. 46, n. 1, p. 1-12, 2012.

RAUCH, A.; FEKETE, C.; CIEZA, A.; GEYH, S.; MEYER, T. Participation in physical activity in persons with spinal cord injury - A comprehensive perspective and insights into gender differences. **Disability and Health Journal**, Nottwil, v. 6, n. 3, p. 165-76, jul. 2013.

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

RIMMER, J. H.; RILEY, B.; WANG, E.; RAUWORTH, A.; JURKOWSKI, J. Physical Activity Participation Among Persons with Disabilities. **Am. J. Prev. Med.** Chicago, v. 26, n. 5, p. 419-425, 2004.

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

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

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

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

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

SCRUTON, J. Sir LUDWIG GUTTMANN: Creator of a world sports movement for the paralysed and other disabled.

Paraplegia, Stoke Mandeville, v. 17, n.1, p. 52-55, may 1979.

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

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

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

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

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

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

TASIEMSKI, T.; KENNEDY, P.; GARDNER, B.P.; TAYLOR, N. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. **Neuro Rehabilitation**, Poznań, v. 20, p. 253–265, 2005.

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

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

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

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

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

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

VAN DER PLOEG, H. P.; STREPPPEL, K.R.; VAN DER BEEK, A.J.; VAN DER WOUDE, L.H.; VOLLENBROEK-HUTTEN, M.M.; VAN HARTEN, W.H.; VAN MECHELEN, W. Underlying Mechanisms of Improving Physical Activity Behavior after Rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, Amsterdam, v. 15, p. 101-108, 2008.

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

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

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

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

YAZICIOGLU, K.; YAVUZ, F.; GOKTEPE, A.S.; TAN, A.K. 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**, Ankara, v. 5, p. 249-253, 2012.

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

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

Esperamos que esse livro contribua para o debate político e filosófico sobre a educação. Afirmamos que caso seja infringido qualquer direito autoral, imediatamente, retiraremos a obra da internet. Reafirmamos que é vedada a comercialização deste produto.

Título	Impacto do atletismo paralímpico na qualidade de vida de pessoas com deficiência física
Autores	Robson da Silva Medeiros & Nívea de Macedo Oliveira Morales
Formato	A5
1ª Edição	Outubro de 2018

Navegando Publicações



www.editoranavegando.com
editoranavegando@gmail.com
Uberlândia – MG
Brasil

