

Self-esteem, perceived physical capacity and quality of life of practitioners of physical activity and sports with disabilities - an exploratory and comparative study

Autoestima, Capacidade Física Percebida e Qualidade de Vida de praticantes de AFD com deficiência estudo exploratório e comparativo

Inês Garrana*¹; Nuno Januário²; Sofia Santos³

¹ Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa;

² Centro de Investigação em Qualidade de Vida, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa

³ UIDEF-Instituto da Educação, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa

Abstract

Physical and sportive activity (PSA) is crucial in improving several psychomotor and social competencies of people with disabilities, who tend to practice less PSA than the rest of the population. Given the scarcity of evidence, our goal is to analyze the effects of this practice on the self-efficacy, perceived capacity, and quality of life (QoL) of practitioners with disabilities. The Portuguese versions of the Physical Self-Perception Profile, the Perceived Physical Capacity Subscale (of the Physical Self-Efficacy Scale) and the Questionnaire on the Quality of Life (QoL) of Athletes were applied to 300 people with disabilities between 13 and 77 years (35.97 ± 14.78), 150 practitioners and 150 non-practitioners (these two groups are not compared), 175 male and 125 female. The statistical tests *t*-student, Spearman correlation, one-Way ANOVA, and post-hoc Scheffe were applied. The results indicate higher mean values in physical strength, global self-valorization, and items *I have excellent reflexes*, *I am agile and graceful* and *I have a strong handle (grip)*, *Emotional states of the athlete* and *Social relationship in the sports context*, with significant differences ($p < .05$) in the variables gender, medication, age, total load, time of practice and diagnosis. The PSA positively influences on the self-perception of physical competence and self-efficacy, with an impact on QoL. Conclusions and recommendations will be presented.

Keywords: *athletes; disabilities; physical self-efficacy; perceived physical capacity; quality of life.*

Resumo

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

Palavras-Chave: *atletas; deficiência; autoeficácia física; capacidade física percebida; qualidade de vida, saúde mental.*

*Autor para correspondência

Endereço eletrónico: inesgarrana@edu.ulisboa.pt (Inês Garrana)

Código DAFPT_23_01_04

Introdução

A participação em atividades físico-desportivas (AFD) apresenta inúmeros benefícios para a saúde (física, psicológica, socioemocional) de todas as pessoas, incluindo as pessoas com deficiência (Liu et al., 2022). O desporto adaptado, i.e., atividades desportivas com equipamentos e/ou regras adaptadas para pessoas com deficiência (deficiência sensorial – visual e auditiva, motora, intelectual e multideficiência), é um direito (Federação Portuguesa de Desporto para Deficientes [FPDD], 2016) e uma oportunidade para assumir uma participação ativa a nível cultural, recreativo e social (Organização das Nações Unidas, 2006), tornando a prática desportiva acessível (Winnick et al., 2016). Apesar desta importância, são poucos os estudos dedicados a pessoas com deficiência, as evidências indicam que o desporto pode apresentar resultados positivos ao nível das qualidades motoras, como a força, flexibilidade e resistência (te Velde et al., 2018), autoestima, autoeficácia e qualidade de vida (QdV), entre outras (Diaz et al., 2019; Côté-Leclerc et al., 2017), com os dados a apontar para o aumento da competência percebida (física, psicossocial, ao nível da participação e autovalorização geral) em atletas com diversos tipos de deficiência: paralisia cerebral, espinha bífida e deficiências neurológicas (Sahlin & Lexell, 2015).

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

Desta forma, verifica-se que as pessoas com deficiência praticantes de AFD reportam melhor identidade atlética, mais afeto positivo e conseguem manter relações sociais mais fortes, o que pode contribuir para uma maior satisfação na vida (Shapiro & Martin, 2010). Elevados níveis de autoeficácia são observados em pessoas com lesões na medula espinhal e parecem basear-se na prática e experiências desportivas positivas (Kerstin et al., 2006), corroborando Dixon-Ibarra e Driver (2013) para quem a principal barreira dos baixos níveis de participação desportiva pelas pessoas com deficiência é o nível reduzido da sua autoeficácia. Babic et al. (2014) constaram uma associação forte entre a atividade física, competência física percebida (perceção subjetiva que o indivíduo tem acerca das suas capacidades físicas -

Gravito, 2007) e autoeficácia (capacidade subjetiva que o indivíduo tem de acreditar ou confiar na suas competências para a realização de uma determinada tarefa - Bandura, 1997), que parece associar-se a melhores desempenhos a nível competitivo e que pode transferir-se para a funcionalidade diária (Diaz et al., 2019). Seguindo este raciocínio, pessoas sem deficiência praticantes de AFD parecem apontar melhor agilidade, velocidade e segurança física, conduzindo à sensação do sucesso e do empoderamento. Deste modo, fazendo uma comparação entre os praticantes e não praticantes, os primeiros tendem a reportar melhores resultados ao nível da autoeficácia física, força no geral e na preensão, com níveis de capacidade física percebida mais elevada (Branden, 2021).

Segundo Lee et al. (1999), existem diferenças na perceção da competência de crianças com desenvolvimento típico em função do sexo, com o sexo masculino a tender para níveis mais elevados, mesmo na infância e em diferentes países (Hagger et al., 1998), possivelmente justificados pela tendência em serem mais ativos, apresentando melhores resultados ao nível da força e das competências desportivas (Boyer, 2008; Croker et al., 2003). O sexo feminino tende para menor autoestima na idade jovem-adulta, no entanto, com o envelhecimento estes resultados opõem-se (Teixeira et al., 2016). De forma geral, o sexo feminino apresenta valores médios mais elevados do que o sexo masculino no que toca à capacidade física (Gravito, 2007), mas apresenta um maior desagrado com a sua imagem corporal, causado pela expectativa de um corpo magro e frágil (Kantanista et al., 2015).

No que diz respeito à idade, existe a tendência para um aumento da autoperceção da condição e autoestima física, sendo que com o envelhecimento as pessoas conformam-se com o seu próprio corpo e aparência física (Costa, 2017; Orth et al., 2010; Teixeira et al., 2016). Os mais jovens tendem a apresentar uma QdV mais elevada. A relação entre autoperceção da eficácia, competência física e autoestima global de 193 atletas de basquetebol com e sem deficiência foi analisada em função do sexo, tempo e frequência da prática desportiva (Ferreira et al., 2011). Os resultados obtidos permitiram verificar que o sexo feminino apresentou valores médios mais elevados do que o sexo masculino, na autoperceção da eficácia, confiança física, força física e autoestima global, demonstrando uma maior valorização e sentimentos individuais positivos associados ao corpo, no ambiente desportivo; a força física é a dimensão mais percecionada e valorizada, uma vez que contribui para a mobilidade e autonomia dos atletas, sobretudo dos participantes em cadeiras de rodas, no seu quotidiano e, conseqüentemente, na prática desportiva; a frequência da prática desportiva está associada a níveis mais elevados de autoperceção da eficácia e da competência física, e a níveis mais baixos de autoestima global (Ferreira et al., 2011). Ainda de acordo com os mesmos autores, esta análise em função da idade aponta para que quanto mais novos são os atletas, mais baixos são os valores médios de autoperceção da força física e mais elevados os valores médios de autoestima global.

Para além dos benefícios físicos e psicológicos, a prática de desporto adaptado parece deter um impacto positivo na QdV das pessoas com deficiência, especialmente no caso da deficiência motora (Côté-Leclerc et al., 2017), bem como permite que os praticantes apresentem sentimentos de bem-estar e perspetivas mais positivas face à vida, do que os seus pares não praticantes (Campbell & Jones, 1994; Yazicioglu et al., 2012), permitindo não só um melhor desempenho nas atividades de vida diária, como também na participação em comunidade (Diaz et al., 2019). No entanto, o desporto pode ter um impacto negativo na QdV destas pessoas, no que diz respeito à dor física sentida após a sua prática, ao stress psicológico causado pela competição e, por fim, aos fatores contextuais, como é o caso das limitações causadas pelos recursos financeiros, humanos e físicos (Côté-Leclerc et al., 2017). É de se realçar, no entanto, que participantes com deficiência parecem focar-se nas suas capacidades e, não, nas suas limitações (Scarpa, 2011).

Adolescentes com deficiência motora tendem a uma menor autoestima comparativamente com os pares com desenvolvimento típico, sobretudo nos domínios da condição física e aceitação social (Scarpa, 2011), o que parece estar em consonância com o facto das pessoas com deficiência tenderem a ter dificuldades em desenvolver autopercepções, no que diz respeito às suas competências físicas (Gravito, 2007). A prática de atividade físico-desportiva parece deter efeitos positivos na imagem corporal (Diaz et al., 2019). No entanto, pessoas com deficiência motora praticantes de AFD apresentam uma maior autoestima e autopercepção física do que as pessoas sem deficiência não praticantes. O ambiente desportivo detém um papel crucial para as pessoas com deficiência motora, permitindo oportunidades para a promoção das suas capacidades (Ferreira & Fox, 2008; Scarpa, 2011).

Gravito (2007) avaliou a autoestima e a competência física de 13 atletas com desenvolvimento típico e 37 atletas com deficiência motora ou dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID), e verificou que os atletas com DID apresentam maiores níveis de autoestima, que a AFD se apresenta como um fator positivo para a promoção da autoestima, da confiança e da autopercepção física e que, sobretudo o sexo masculino com DID, apresenta uma melhor autopercepção geral. Couto (2017) também observou que pessoas com DID têm valores médios superiores de autoestima comparativamente a pessoas com deficiência motora, no entanto, inferiores comparativamente a atletas com DID. Apesar da inexistência de evidências no que toca ao efeito da toma de medicação por tipo de deficiência, segundo Silva (2015), pessoas que tomam medicação apresentam uma pior autopercepção da sua QdV no geral, bem como do seu domínio físico, considerando, assim, que a toma de medicação apresenta uma influência negativa na QdV e, quanto maior for a quantidade de medicamentos utilizados, pior será este efeito para os indivíduos. A toma de medicação, por parte de idosos que praticam atividade física, encontra-se associada à

autopercepção negativa da saúde no geral, o que pode ser explicada pela presença de comorbilidades (e.g., colesterol, diabetes, doença Alzheimer), bem como de dificuldades no acesso e controlo do uso diário dos medicamentos (Bortoluzzi et al., 2018).

As pessoas com deficiência tendem a praticar menos AFD com menores níveis de autovalorização/autoestima e de imagem corporal. A escassez de conhecimentos e evidências sobre esta área é apontada a nível nacional (Diz et al., 2019, 2021). Desta forma, torna-se importante perceber e investigar a autoestima, a capacidade física percebida e a autopercepção física de praticantes e não praticantes com deficiência, tal como a QdV dos praticantes. Baseados em estudos anteriores, avança-se com a hipótese que a prática físico-desportiva apresenta um efeito positivo nos indicadores em análise para praticantes (crianças, adolescentes e adultos) com deficiência.

Metodologia

Participantes

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

Instrumentos

O questionário sociodemográfico foi composto pela idade, sexo, nacionalidade, distrito de residência, diagnóstico, se toma ou não medicação, se pratica ou não desporto/atividade física e, se sim, que modalidade, nível da prática (recreação, formação e/ou competição), onde pratica (escola, clube e/ou instituição), quantas vezes por semana treina e a duração do mesmo.

O *Physical Self Perception Profile for Children (C-PSPP)* é um instrumento de autorrelato multidimensional (Fox & Corbin, 1989), fiável, válido, traduzido e adaptado em 9 línguas diferentes, nomeadamente, na língua portuguesa (Fonseca & Fox, 2002) Assumindo o nome de *Perfil de Auto percepção Física (C-PSPPp)*, *Versão Portuguesa* (Fonseca et al., 1995), o instrumento que foi utilizado neste estudo, e avalia a auto percepção de crianças e adolescentes sobre a própria competência física (Bernardo & Matos, 2003). Este instrumento é composto por 36 itens, divididos em 6 domínios, que avaliam a auto percepção física (Whitehead, 1995): competência desportiva que engloba os itens 1, 7, 13, 19, 25 e 31; condição física (itens 2, 8, 14, 20, 26 e 32); atração corporal (itens 3, 9, 15, 21, 27 e 33); força física com os itens 4, 10, 16, 22, 28 e 34; autovalorização física (itens 5, 11, 17, 23, 29 e 35); e, por fim, a autovalorização global que engloba os itens 6, 12, 18, 24, 30 e 36 (Ramalho, 2004). Os quatro primeiros domínios do *C-PSPP* permitem obter informação sobre o autoconceito físico, e os últimos dois domínios permitem a recolha de informação sobre a autovalorização física do indivíduo, a nível global (Fonseca & Fox, 2002). Para cada item existem duas afirmações (totalmente ou parcialmente verdadeiro para mim). A classificação de cada item é realizada através de uma escala de 1 a 4, em que o valor mínimo corresponde a uma baixa adequação ou competência percebida e o valor máximo ao inverso (Bernardo & Matos, 2003). Os itens 2, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 16, 18, 19, 23, 26, 28, 31, 33, 35 e 36 são pontuados de 1 a 4, no entanto, os itens 1, 3, 5, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 32 e 34 são pontuados através da inversão da escala, de 4 a 1 (Ramalho, 2004), dada a sua forma de elaboração. Deste modo, a classificação final do *C-PSPP* é realizada através do somatório da pontuação de todos os itens, sendo que, quanto maior for esta pontuação, melhor é o autoconceito físico do indivíduo (Kowalski et al., 2001). Do ponto de vista métrico, a versão utilizada apenas está validada para crianças e adolescentes. Os autores analisaram a validade de conteúdo confirmando a representatividade dos itens, e a fiabilidade com valores de consistência interna entre .73 (competência desportiva) e .85 (condição física) - mais elevados nas participantes de sexo feminino, e de estabilidade temporal entre $.71 > r < .92$ nos mesmos domínios, com correlações significativas para $p < .01$ (Bernardo & Matos, 2003). A análise fatorial exploratória identificou 4 fatores que explicam cerca de 53.4% da variância total.

O *Physical Self-Efficacy Scale (PSES)*, a *Escala da Autoeficácia Física* traduzida e adaptada por Ferreira e Campos (2007), é um instrumento composto por duas subescalas, nomeadamente, a *subescala Capacidade Física Percebida (PPA)* e a *subescala Confiança de Autoapresentação Física (PSPC)* (Ryckman et al., 1985). Este instrumento é válido e fiável, no que diz respeito à força física percebida, à condição física e à confiança da autoapresentação física em contextos sociais (Ryckman et al., 1982). A *PSES* é composta por 22 itens, em que 10 destes itens correspondem à *subescala Capacidade*

Física Percebida (PPA), a que foi utilizada neste estudo) (Ryckman et al., 1985). A classificação é realizada com uma escala de *Likert* de 1 a 6, em que, na primeira subescala, a pontuação mínima corresponde a “discordo totalmente” e a pontuação máxima a “concordo totalmente”, e na segunda subescala, o inverso (Ryckman et al., 1985). Desta forma, a pontuação final da *subescala PPA* poderá variar entre 10 e 60 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é o nível de capacidade física e de força percebida (Ryckman et al., 1985). Ambas as subescalas estão associadas à participação desportiva e/ou de atividade física. Segundo Ryckman et al. (1982), a escala *PSES*, bem como as suas duas subescalas, *PPA* e *PSPC*, apresentam uma fiabilidade muito satisfatória, com valores de coeficiente alfa de .81, .84 e .74, respetivamente. Os autores analisaram correlações significativas da escala com diversos fatores individuais, ou seja, verificaram que indivíduos que têm maior nível de auto percepção física, têm maiores níveis de autoestima, de autocontrolo ($r = -.13$, $p < .05$), de sensações ($r = .19$, $p < .01$) e menores níveis de autoconsciência e ansiedade.

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

Procedimentos

A concretização do estudo esteve de acordo com as Diretrizes de Helsínquia, assegurando-se todos os requisitos éticos inerentes a uma investigação desta natureza. Numa primeira fase, foram contactadas as direções de várias entidades e associações desportivas com pessoas com deficiência (e.g. Núcleo Especializado para o Cidadão Inclusivo, Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados, Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental, Ginásio Clube Português, Fundação Liga, ...) através de um contacto telefónico inicial, para que em

seguida se procedesse ao envio por email de um documento de consentimento informado onde para além da explicitação do estudo (objetivo e procedimentos), se garantia a confidencialidade e anonimato dos dados, a participação voluntária dos participantes, reservando-lhes a total liberdade de escolha, podendo desistir a qualquer momento e a inexistência de riscos para a integridade física. Depois de obtida esta autorização inicial, estas entidades serviam de intermediário e solicitaram a autorização aos tutores/encarregados de educação, tendo para este efeito sido enviado também um consentimento informado. Depois de recolhidos todos estes documentos assinados – apenas os participantes/responsáveis que assinaram foram considerados elegíveis para o estudo, iniciou-se a aplicação dos instrumentos (presencialmente ou online).

O processo de recolha de dados implicou a aplicação, em forma de autopreenchimento ou por entrevista, do questionário sociodemográfico e dos três instrumentos, e foi feito em horário acordado com os participantes, tentando minimizar a interferência com a atividade a realizar. Este procedimento decorreu de dezembro de 2021 a agosto de 2022, e a maioria dos questionários foi administrada pelo entrevistador (n=285), por um técnico da instituição (n=11) e autopreenchimento (n=4, participantes com diagnóstico de deficiência motora). Sendo que destes, a maior parte (n=289) dos questionários foram aplicados online e os restantes (n=11) presencialmente. Durante a aplicação dos três instrumentos foram usadas adaptações de acordo com as dificuldades na compreensão às questões colocadas, sendo apresentados exemplos e, no caso da *subescala Capacidade Física Percebida (PPA)* da *Escala da Autoeficácia Física (PSES)*, no item 4 (“consigo correr rápido”), em pessoas com deficiência motora foi considerado através da utilização das tecnologias de apoio (e.g. cadeira de rodas).

Todos os questionários aplicados online e presencialmente pelo entrevistador foram acompanhados por um técnico da instituição, tutor ou encarregado de educação, de forma a garantir a compreensão das perguntas e o auxílio aos participantes, quando necessário, nas respostas às questões colocadas. Para a aplicação dos restantes questionários, os questionários administrados por um técnico da instituição, foram dadas informações e esclarecimentos para a correta realização do mesmo. A duração média da aplicação dos instrumentos foi de 20 minutos.

Análise Estatística

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 28. De acordo com o objetivo, os resultados serão apresentados ao nível da estatística descritiva: mínimos e máximos, valores médios e desvios-padrão para os três instrumentos (tabela 1), do estudo comparativo nas variáveis sexo e toma de medicação onde se recorreu ao teste *t-student* (tabela 2), ao estudo correlacional (correlação de *Spearman*) com as variáveis idade, carga e tempo de

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

Resultados

As dimensões mais valorizadas no âmbito da Autoperceção Física (tabela 1) são a *Força Física* e a *Autovalorização Global*, e as com valores inferiores são a *Competência Desportiva* e a *Condição Física*. Já ao nível da Capacidade Física Percebida as variáveis mais valorizadas são a *PSES 2*, *PSES 1* e *PSES 9*, e as menos a *PSES 7* e *PSES 6*.

Tabela 1 - Valores estatística descritiva para os instrumentos e respetivos domínios

Variável	M±DP	Min. (pontos)	Máx.
Competência Desportiva	2.97±.66	1	4.3
Condição Física	2.57±.68	1	4
Atração Corporal	2.99±.78	1	4
Força Física	3.43±.65	1.2	4.2
Autovalorização Física	3.32±.76	1	4
Autovalorização Global	3.39±.68	1.2	4
C-PSPP Média Total	3.11±.53	1.5	4
PSES 1 Tenho reflexos excelentes	4.84±1.26	1	6
PSES 2 Sou ágil e gracioso(a)	5.20±1.23	1	6
PSES 3 O meu físico é forte	4.43±1.47	1	6
PSES 4 Consigo correr rápido	3.30±1.98	1	6
PSES 5 Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico	4.34±1.51	1	6
PSES 6 Tenho um tónus muscular pobre	1.53±1.04	1	6
PSES 7 Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva	1.85±1.51	1	6
PSES 8 A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto	3.57±2.04	1	6
PSES 9 Tenho uma pega (aperto) forte	4.84±1.47	1	6
PSES 10 Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer	4.43±1.50	1	6
PSES Média Total	3.83±.87	1.6	5.5
Sinais e Sintomas do excesso de treino	2.02±1.57	0	4
Condições básicas de saúde	1.06±1.22	0	4
Relacionamento social no contexto desportivo	3.84±.54	0	4
Estados emocionais do atleta	5.76±.81	0	6
Planeamento e periodização do treino desportivo	.37±.1.03	0	4
QQVA Média Total	1.86±.80	.80	4

Nota. M= Média; DP= Desvio-padrão; C-PSPP= Perfil de Autoperceção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas.

A dimensão mais valorizada na QdV dos atletas é os *Estados emocionais do atleta* e a que obteve valores médios mais baixos é o *Planeamento e periodização do treino desportivo* (Tabela 1).

Tabela 2 - Autoperceção Física, Capacidade Física Percebida e QdV dos atletas em função do sexo

Variável	Masculino (n=175)	Feminino (n=125)	p	d
	M±DP (pontos)	M±DP (pontos)		
Competência Desportiva	2.99±.64	2.94±.70	.22	
Condição Física	2.63±.67	2.495±.69	.04	.20
Atração Corporal	2.97±.80	3.01±.75	.35	
Força Física	3.43±.63	3.42±.68	.44	
Autovalorização Física	3.33±.76	3.30±.76	.34	
Autovalorização Global	3.36±.67	3.42±.69	.21	
Autovalorização Global	3.36±.67	3.42±.69	.21	
C-PSPPp Média Total	3.12±.53	3.1±.53	.36	
PSES 1 Tenho reflexos excelentes	4.92±.88	4.74±1.22	.11	
PSES 2 Sou ágil e gracioso(a)	5.1±1.32	5.34±1.26	.04	.19
PSES 3 O meu físico é forte	4.62±1.17	4.16±1.44	.003	.35
PSES 4 Consigo correr rápido	3.54±1.47	2.96±1.96	.006	.33
PSES 5 Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico	4.51±1.97	4.10±1.45	.01	.24
PSES 6 Tenho um tónus muscular pobre	1.42±1.55	1.68±.91	.02	.20
PSES 7 Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva	1.80±1.19	1.93±1.46	.24	
PSES 8 A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto	3.85±1.58	3.18±2.0	.002	.37
PSES 9 Tenho uma pega (aperto) forte	4.94±1.44	4.70±1.5	.08	
PSES 10 Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer	4.62±1.42	4.17±1.57	.005	.30
PSES Média Total	3.93±.69	3.70±.85	.01	.30

Variável	Masculino (n=89)	Feminino (n=61)	p	d
	M±DP	M±DP		
Sinais e Sintomas do excesso de treino	2.04±1.50	1.99±1.68	.089	
Condições básicas de saúde	1.10±1.23	1.01±1.22	.797	
Relacionamento social no contexto desportivo	3.82±.60	3.86±.44	.382	
Estados emocionais do atleta	5.74±.90	5.80±.66	.382	
Planeamento e periodização do treino desportivo	.45±1.08	.26±.95	.056	
QQVA Média Total	1.88±.78	1.82±.83	.321	

Nota. p<.05 em negrito; M= Média; DP= Desvio-padrão; C-PSPPp= Perfil de Autoperceção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas.

De acordo com os resultados da tabela 2, apenas existem diferenças estatisticamente significativas na *Condição Física*, t(298=1.657; p=.049), com o tamanho dos efeitos pequeno e com o sexo masculino com valores médios mais

elevados do que o sexo feminino, no perfil da autoperceção física. Na *Escala da Autoeficácia Física (PSES)* as diferenças significativas foram apontadas: na *Média Total* t(298=2.341;p=.01), *PSES 2* t(298=-1.724;p=.04), *PSES 3* t(298=2.723;p=.003), *PSES 4* t(298=2.511;p=.006), *PSES 5* t(298=2.356;p=.01), *PSES 6* t(298=-2.167;p=.016), *PSES 8* t(298=2.837;p=.002) e *PSES 10* t(298=2.617; p=.005). Nas variáveis *PSES Média Total*, *PSES 3*, *PSES 4*, *PSES 5*, *PSES 8* e *PSES 10*, o sexo masculino apresenta valores médios mais elevados do que o sexo feminino, que, no entanto, apresenta valores médios mais elevados do que o sexo masculino nas variáveis *PSES 2* e *PSES 6*. Relativamente ao tamanho dos efeitos destas variáveis são insignificantes na variável *PSES 2*, e pequeno nas restantes variáveis (*PSES Média Total*, *PSES 3*, *PSES 4*, *PSES 5*, *PSES 6*, *PSES 8* e *PSES 10*).

Já em função da toma de medicação (tabela 3), verificam-se diferenças significativas na *C-PSPPp Média Total* t(298=1.736; p=.042), nas *Dimensão Competência Desportiva* t(298=1.862; p=.032) e *Autovalorização Global* t(298=2.348; p=.010). O tamanho dos efeitos na *C-PSPPp Média Total* e nas *Dimensões Competência Desportiva* e *Autovalorização Global* é pequeno. Os participantes que não tomam medicação, tal como expectável, apresentam valores médios mais elevados do que os que tomam medicação. Na autoeficácia física as diferenças significativas encontram-se na *PSES Média Total* t(298=3.180; p<.001), *PSES 1* t(298=2.363; p=.009), *PSES 3* t(298=1.968; p=.025), *PSES 4* t(298=3.500; p<.001), *PSES 5* t(298=2.156; p=.016), *PSES 8* t(298=-2.969; p=.002), *PSES 9* t(298=2.959; p=.002) e na *PSES 10* t(298=3.355; p<.001). Em todas estas variáveis, o tamanho dos efeitos é pequeno. Os participantes que não tomam medicação apresentam valores médios mais elevados. Ao nível da QdV de atletas e em função do sexo, não são encontradas diferenças significativas, apesar de a toma de medicação reportar diferenças significativas na *QQVA Média Total* t(148=-2.670; p=.004). Nesta variável o tamanho dos efeitos é pequeno. Os participantes que tomam medicação apresentam valores médios mais elevados, com exceção na dimensão *Relacionamento social no contexto desportivo* e na dimensão *Estados emocionais do atleta*, em que estes valores são semelhantes.

Na análise da tabela 3 não existem correlações significativas entre dimensões/total com a *Idade*, apesar de se observar, na análise da *Carga Total* e *Tempo de prática (anos)*, que parece influenciar um melhor nível de autoperceção física total nos participantes. A *Carga Total* parece deter uma correlação significativa fraca (0<r≤.30) com o total as restantes dimensões, exceção na *Competência Desportiva* com correlação significativa moderada (.30<r≤.60). O *Tempo de prática* parece apresentar uma correlação significativa fraca (0<r≤.30) nas *Dimensões Condição Física*, *Atração Corporal*, *Força Física*, *Autovalorização Física* e *Autovalorização Global*. A correlação entre o *Tempo de prática* e a *C-PSPPp Média Total* e entre o *Tempo*

de prática e a Dimensão Competência Desportiva é significativa e moderada (.30 < r ≤ .60). Já na análise da Escala da Autoeficácia Física (PSES), constata-se uma correlação significativa entre as dimensões e o total com a variável Idade, mas não com as restantes variáveis (Carga Total e Tempo de prática).

Quanto mais novos os participantes, menor a capacidade física percebida total (tabela 3). Contudo, o aumento da Carga Total e do Tempo de prática associa-se a um aumento do nível de capacidade física percebida total. As correlações significativas são fracas entre a Idade e as variáveis PSES 1, PSES 2, PSES 3, PSES 5, PSES 6, PSES 7, PSES 9 e PSES 10; e entre a Carga Total e o Tempo de prática com as variáveis PSES 1, PSES 3, PSES 4, PSES 6 e PSES 7; mas moderadas entre a Idade e as variáveis PSES Média Total, PSES 4 e PSES 8; e entre a Carga Total e o Tempo de prática e a PSES Média Total, PSES 5, PSES 8, PSES 9 e PSES 10.

No âmbito QQVA, não existem quaisquer correlações significativas entre as dimensões ou o total com a variável Idade e Carga Total. No entanto, verifica-se uma correlação significativa fraca entre o Tempo de prática e a dimensão Planeamento e periodização do treino desportivo (tabela 3).

Tabela 4 - Autoperceção Física, Capacidade Física Percebida e QdV dos atletas em função do diagnóstico

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

Nota. *p<.05 em negrito; C-PSPPp= Perfil de Autoperceção Física,

Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas; DP = Desvio-padrão; DS= Deficiência Sensorial (n=13); DM= Deficiência Motora (n=25); DID= Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (n=101); PSM= Perturbação de Saúde Mental (n=7); Multideficiência (n=4).

Em função do diagnóstico (tabela 4), no Perfil de Autoperceção Física (C-PSPPp), verificam-se diferenças significativas entre participantes com Deficiência Motora e DID, com estes últimos a apresentar valores médios superiores [f(-.2951)=.0806; p=.011]. Na Escala da Autoeficácia Física (PSES) observam-se diferenças significativas entre os participantes com Deficiência Sensorial e Deficiência Motora; Deficiência Motora e DID; e, por fim, DID e Perturbação de Saúde Mental (PSM), com os primeiros a apresentar valores médios superiores quanto aos participantes com Deficiência Motora [f(-.8085)=.2092; p=.006]; os participantes com DID apresentam valores médios superiores aos dos com Deficiência Motora [f(-.9114)=.1250; p<.001] e DID/Perturbação de Saúde Mental [f(.4817)=.1468; p=.031].

Finalmente, e no que toca à QdV dos atletas em função do diagnóstico, identificam-se diferenças significativas entre os diagnósticos de Deficiência Motora e DID (tabela 4), sendo que os participantes do primeiro grupo com valores médios superiores ao diagnóstico de DID [f(.6221)=.1721; p=.013].

Discussão

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

No âmbito da autoperceção física, os participantes reportam valores médios mais elevados ao nível da força física e da autovalorização global, que aumentam com a frequência da prática (Ferreira et al., 2011). No aumento da força física, resultante de qualquer prática desportiva, o que se constata é a sua potencial transferência para as atividades funcionais de vida diária (e.g., mobilidade, transferência da cadeira para a cama e vice-versa, entre

outras) (Ferreira et al., 2011), o que de alguma forma se relaciona com a *autovalorização*, e com a constatação da “nova” capacidade/opportunidade de concretizar tarefas não realizadas anteriormente ou apenas com ajuda de terceiros. A contribuição desta dimensão (*autovalorização global*) para a capacidade física percebida é considerável (Rose & Larkin, 2002), pelo que nos programas de atividade física há que dedicar-lhe uma atenção especial. Por outro lado, o facto da amostra ser maioritariamente constituída por pessoas com DID – que tendem para uma menor diferenciação quando se comparam com as pessoas sem deficiência e/ou com outros tipos de deficiência, poderá ter influenciado os resultados (Couto, 2017). Acresce ainda a maior identidade atlética associada à prática desportiva (Shapiro & Martin, 2010).

As dimensões menos valorizadas passam pela *competência desportiva* e *condição física*, inferindo-se a consciencialização das consequências de ter uma deficiência, inclusive pelas barreiras com que se confrontam para a prática regular, e das eventuais consequências ao nível do desenvolvimento de competências desportivas mais competitivas (Almeida et al., 2020). Esta noção é mais evidente nos participantes com deficiência motora onde a literatura reporta menor autoestima, especialmente com adolescentes (Gravito, 2007; Scarpa, 2011), eventualmente explicada pela sua capacidade cognitiva e na maior noção das diferenças, nestes itens, quando se comparam com os pares sem deficiência. O intervalo etário alargado da amostra também pode ter condicionado os resultados, constatando-se que quanto mais novos são, menor a autoperceção da força física (Ferreira et al., 2011). A condição física e o desenvolvimento das qualidades motoras associam-se, pelo que se alerta a necessidade de mais momentos de treino e de maior duração. A AFD parece ser um fator com peso na autoperceção física (Gravito, 2007).

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

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

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

Os participantes com Deficiência Sensorial e DID apresentam valores médios superiores de autoeficácia física comparativamente aos participantes com Deficiência Motora (Couto, 2017; Scarpa, 2011), eventualmente explicados pela inexistência de défice cognitivo nestes últimos participantes. A prática desportiva é mais

fomentada no sexo masculino, sendo que a sua frequência se associa a níveis mais elevados de autoeficácia (Ferreira et al., 2011). Contudo, as participantes do sexo feminino apresentam valores médios mais elevados do que o sexo masculino nas variáveis *PSES 2 [Sou ágil e gracioso(a)]* e *PSES 6 [Tenho um tônus muscular pobre]*, eventualmente explicados pelo crescimento precoce no sexo feminino durante a adolescência e pelas expectativas sociais, que condicionam os resultados (Kantanista et al., 2015). A medicação contém algum peso ao nível dos reflexos, forma como se autoperceciona o físico, velocidade de corrida e controlo das situações (testes físicos), força digital e agilidade, com os participantes sem medicação a obter melhores resultados, como esperado, inferindo-se os efeitos mais tranquilizantes da medicação que condicionam o desempenho mais ágil e que conduzem a uma menor percepção da autoeficácia (Silva, 2015).

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

Apesar do tamanho amostral, há necessidade de alguma cautela na interpretação dos dados, a amostra carecia de maior estratificação (idade, tipo de modalidade, entre outros), pelo que fica não só essa recomendação para futuros estudos, como se sugere uma maior atenção em:

análise da motivação e dos preditores para a prática de AFD por subgrupos específicos (DID, deficiência motora) mas representativos; apesar da amostra incluir participantes de grandes centros urbanos, existiu a dificuldade de se avaliarem participantes do Norte do país; a necessidade de se avaliar outros efeitos da prática em estudos pré-pós e/ou de *follow-up* acompanhando a trajetória desenvolvimental; a falta de um instrumento de avaliação da autoperceção física menos complexo e que seja validado não só para crianças e adolescentes; a utilização de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, validado em contexto brasileiro mas não português, com diferenças linguísticas comparativamente a Portugal; a necessidade de comparar resultados da QdV de praticantes e não praticantes de AFD com deficiência; por fim, como limitação, não existiu o acesso aos processos clínicos que especificam o tipo de medicação tomada pelos participantes da amostra, levando em consideração a multiplicidade dos efeitos que podem ser causados pelas diferentes condições de saúde, bem como pela quantidade de medicação utilizada.

Conclusões

Este é um estudo inovador no panorama nacional, não só pelo tamanho da amostra (apesar da necessidade da sua melhor estratificação), como pela análise de três constructos com peso na forma como as pessoas (com deficiência) se autopercecionam. De acordo com os nossos resultados, recomenda-se a prática regular de AFD também por pessoas com deficiência, dada a sua influência positiva na sua própria percepção ao nível da competência física e da autoeficácia física, e com impacto na percepção subjetiva de melhor qualidade de vida. Uma prática mais regular e consistente parece relacionar-se com um desenvolvimento físico superior, a que corresponde uma autoperceção mais positiva e capacitadora. Corpos mais capazes e funcionais conduzem a uma maior segurança e conforto com o próprio *self* e funcionam como plataforma motivadora para a prática regular de AFD, assumindo maiores oportunidades para a participação social, com ganhos numa vida vivida com mais satisfação. A compreensão dos efeitos em diferentes níveis, incluindo o seu impacto na vida diária, revela-se como fundamental para que os profissionais no terreno ajustem as suas intervenções neste sentido, para um estilo de vida saudável e ativo, e com repercussões positivas aos mais variados níveis (saúde, social, etc.). No entanto, as pessoas com deficiência ainda se confrontam com barreiras na prática regular de AFD, e de eventuais consequências ao nível do desenvolvimento de competências desportivas mais competitivas (Almeida et al., 2020), crescendo a necessidade de incentivar esta prática a pessoas com deficiência, especialmente ao sexo feminino, investir na duração, na carga e na adequação dos treinos, com vista à criação de oportunidades (Alfermann & Stoll, 2000) para uma melhor funcionalidade no dia-a-dia (Diaz et al., 2019).

Agradecimentos

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

Referências

- Adriaansen, J., Ruijs, L., Koppenhagen, C., Asbek, F., Snoek, G., Kuppevelt, D., Visser-Meily, J. & Post, M. (2016). Secondary health conditions and quality of life in persons living with spinal cord injury for at least ten years. *Journal Rehabilitation Medicine*, 48(10), 853-860. <https://doi.org/10.2340/16501977-2166>
- Alfermann, D. & Stoll, O. (2000). Effects of Physical Exercise on Self-Concept and Well-Being. *International journal of Sport Psychology*, 31(1), 47-65.
- Almeida, B., Santos, S. & Marques, A. (2020). People with motor disabilities' physical activity practice determinants: inequities in the access and physical activity engagement, in H. Samuel, M. Batista, H. Mesquita e J. Ribeiro, (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 150-165), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Babic, M., Morgan, P., Plotnikoff, R., Lonsdale, C., White, R. & Lubans, D. (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 44(11), 1589-1601. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0229-z>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Blauwet, C., & Willick, S. (2012). The paralympic movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 4(11), 851-856. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.08.015>
- Barker, R., Kendall, M., Amsters, D., Pershouse, K., Haines, T. & Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(2), 149-155. <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>
- Bernardo, R. & Matos, M. (2003). Adaptação Portuguesa do Physical Self-Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. *Análise Psicológica*, 21(2), 127-144. <https://doi.org/10.14417/ap.28>
- Boyer, E. (2008). *Psychological benefits of sport participation and physical activity for adolescent females*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 68 (11-B).
- Branden, N. (2021). *The power of self-esteem*. Health Communications, Inc
- Bortoluzzi, E., Pancotte, J., Doring, M., Graeff, D., Alves, A., Portella, M., Scortegagna, H. & Dalmolin, B. (2018). Autopercepção de saúde de idosas praticantes de atividade física e fatores associado. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 23(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.64619>
- Campbell, E. & Jones, G. (1994). Psychological well-being in wheelchair sport participants and nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 11(4), 404-415. <https://doi.org/10.1123/apaq.11.4.404>
- Costa, E. (2017). *Fiabilidade do Perfil de Auto-percepção Física em indivíduos com esquizofrenia residentes na comunidade: relação entre autopercepções físicas, autoestima e nível de atividade física*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. (documento não publicado)
- Côté-Leclerc, F., Boileau Duchesne, G., Bolduc, P., Gélinas-Lafrenière, A., Santerre, C., Desrosiers, J. & Levasseur, M. (2017). How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0597-9>
- Couto, C. (2017). Caracterização do bem-estar psicológico, autoestima e depressão da população deficiente. *PsychTech e Health Journal*, 1(1), 21-37. <https://doi.org/10.26580/ptjh.art3-2017>
- Cunha, R. (2008). *Elaboração e validação do Questionário sobre Qualidade de Vida de Atletas (QQVA)*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG). (documento não publicado)
- Cunha, R., Morales, J. & Samulski, D. (2008). Análise da percepção de qualidade de vida de jogadores de voleibol: uma comparação entre gêneros. *Revista brasileira de Educação Física*, 22(4), 301-310. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092008000400007>
- Diaz, R., Miller, E., Kraus, E. & Fredericson, M. (2019). Impact of Adaptive Sports Participation on Quality of Life. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 27(2), 73-82. <https://doi.org/10.1097/jsa.000000000000024>

2

- Dixon-Ibarra, A. & Driver, S. (2013). The role of self-efficacy in physical activity participation for persons with disabilities. *Adapted Sport, Physical Education, and Recreational Therapy*, 27(4), 31-36.
- Diz, S., Gomes, F. & Santos, S. (2021). Does physical activity improve adaptive behaviour, fitness and quality of life of adults with Intellectual Disability, *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 43, e001621, <https://doi.org/10.1590/rbce.43.e001621>
- Diz, S., Santos, S., Gomes, F. & Marques, A. (2019). Atividade física na dificuldade intelectual e desenvolvimental a nível nacional: uma revisão sistemática, *Revista Científica da FPDD - Desporto e Atividade Física para Todos*, 5(1), 8-15.
- Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD). (2016). *O desporto para pessoas com deficiência*. Manual de curso de treinadores de desporto, grau I. Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ).
- Ferreira, J. (2006). *Perfil de Auto-Percepção Física (Versão clínica reduzida)*. Tradução e adaptação. Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física (documento não publicado).
- Ferreira, J. & Fox, K. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the physical self-perception profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(1), 35-49. <https://doi.org/10.5507/euj.2008.003>
- Ferreira, J., Gaspar, P., Campos, M. & Senra, C. (2011). Auto-eficácia, competência física e auto-estima em praticantes de basquetebol com e sem deficiência física. *Motricidade*, 7(1), 55-68. [https://doi.org/10.6063/motricidade.7\(1\).120](https://doi.org/10.6063/motricidade.7(1).120)
- Fonseca, A. & Fox K. (2002). Como avaliar o modo como as pessoas se percebem fisicamente? Um olhar sobre a versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP). *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2(5), 11-23. <https://doi.org/10.5628/rpcd.02.05.11>
- Fonseca, A., Fox, K. & Almeida, M. (1995). *Versão portuguesa do Physical Self-Perception Profile (PSPP): O Perfil de Auto-Percepção Física (PSPPp)*. Trabalho não publicado. FCDEF, Universidade do Porto. (documento não publicado)
- Fox, K. & Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430. <https://doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Gravito, N. (2007). *Auto estima e competência física percebida no desporto adaptado – Estudo exploratório em atletas com deficiência motora e com deficiência intelectual*. Dissertação de licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. (documento não publicado)
- Hagger, M., Ashford, B. & Stambulova, N. (1998). Russian and British children's physical self-perceptions and physical activity participation. *Pediatric Exercise Science*, 10(2), 137-152. <https://doi.org/10.1123/pes.10.2.137>
- Kantanista, A., Osiński, W., Borowiec, J., Tomczak, M. & Król-Zielińska, M. (2015). Body image, BMI, and physical activity in girls and boys aged 14–16 years. *Body Image*, 15, 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.05.001>
- Kerstin, W., Gabriele, B. & Richard, L. (2006). What promotes physical activity after spinal cord injury? An interview study from a patient perspective. *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 481-488. <https://doi.org/10.1080/09638280500211932>
- Kowalski, K., Crocker, P. & Kowalski, P. (2001). Physical Self and Physical Activity Relationships in College Women: Does Physique Anxiety Moderate Effects?. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72(1), 55-62. <https://doi.org/10.1080/02701367.2001.10608932>
- Kuwano, V. & Silveira, A. (2002). A influência da atividade física sistematizada na auto percepção do idoso em relação às atividades da vida diária. *Revista da Educação Física*, 13(2), 35-39.
- Lee, A., Fredenburg, K., Belcher, D. & Cleveland, N. (1999). Gender Differences in Children's Conceptions of Competence and Motivation in Physical Education. *Sport, Education and Society*, 4(2), 161-174. <https://doi.org/10.1080/1357332990040204>
- Lipsey, M. & Wilson D. (2001). *Practical Meta-Analysis*. Sage, Thousand Oaks, CA
- Liu, T., Wassell, N., Liu, J. & Zhang, M. (2022). Mapping Research Trends of Adapted Sport from 2001 to 2020: A Bibliometric Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12644. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912644>
- Lund, M., Nordlund, A., Bernspång, B. & Lexell, J. (2007). Perceived participation and problems in participation are determinants of life satisfaction in people with spinal cord injury. *Disability and*

- Rehabilitation*, 29(18), 1417-1422. <https://doi.org/10.1080/09638280601029068>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística Com o SPSS Statistics*; Report Number.
- Organização das Nações Unidas (2006). *Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência*, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2006, pesquisa feita a 18 novembro 2020 e disponível em: <https://www.inr.pt/documents/11309/44742/Conven%C3%A7%C3%A3o+sobre+os+Direitos+da+Pessoas+com+Defici%C3%Aancia/7601dc72-a4a6-4631-b9a2-b37b11fe571e>
- Orth, U., Trzesniewski, K. & Robins, R. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 645-658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Ramalho, S. (2004). *Auto-percepções no domínio físico: estudo realizado em jovens adolescentes na faixa etária dos 13 e 14 anos*. Dissertação de licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra. (documento não publicado)
- Razak, M., Tauhid, M., Yasin, N. & Hanapiah, F. (2016). Quality of life among lower limb amputees in Malaysia. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 222, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.135>
- Rose, E. & Larkin, D. (2002). Perceived competence, discrepancy scores, and global selfworth. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1123/apaq.19.2.127>
- Ryckman, R., Robbins, M., Thornton, B. & Cantrell, P. (1982). Development and validation of a physical self-efficacy scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(5), 891-900. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.5.891>
- Ryckman, R., Robbins, M., Thornton, B., Gold, J. & Kuehnel, R. (1985). Physical self-efficacy and actualization. *Journal of Research in Personality*, 19(3), 288-298. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90020-0](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90020-0)
- Sahlin, K. & Lexell, J. (2015). Impact of organized sports on activity, participation, and quality of life in people with neurologic disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 7(10), 1081-1088. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2015.03.019>
- Santos, S., Figueiredo-Serafim, V., Maldonado, I., Gomes, F., Peralta, M. & Marques, A. (2020). Psychosocial correlates of physical activity' of children and adolescents with intellectual disability or motor impairment, in H. Samuel, M. Batista, H. Mesquita e J. Ribeiro, (Edts). *Multidisciplinary Interventions for People with Diverse Needs* (pp. 166-182), Bentham Science Publishers, Ltd.
- Scarpa, S. (2011). Physical self-concept and self-esteem in adolescents and young adults with and without physical disability. The role of sports participation. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 4(1), 38-53. <https://doi.org/10.5507/euj.2011.003>
- Shapiro, D. & Martin, J. (2010). Athletic identity, affect, and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 3:7985. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2009.08.004>
- Silva, K. (2015). *Perfil de utilização de medicamentos e qualidade de vida de usuários atendidos em quatro unidades básicas de saúde de belo horizonte*. 2020: A Bibliometric Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12644. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912644>
- te Velde, S., Lankhorst, K., Zwinkels, M., Verschuren, O., Takken, T. & Groot, J. (2018). Associations of sport participation with self-perception, exercise self-efficacy and quality of life among children and adolescents with a physical disability or chronic disease—a cross-sectional study. *Sports Medicine*, 4, 38, <https://doi.org/10.1186/s40798-018-0152-1>
- Teixeira, C., Nunes, F., Ribeiro, F., Arbinaga, F. & Vasconcelos-Raposo, J. (2016). Physical activity, self-esteem and depression in older adults. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 55-65.
- Winnick, J. & Porretta, D. (2016). *Adapted Physical Education and Sport*, Human Kinetics:
- Whitehead, J. (1995). A study of children's physical self-perceptions using an adapted physical self-perception profile questionnaire. *Pediatric Exercise Science*, 7(2), 132-151. <https://doi.org/10.1123/pes.7.2.132>
- Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A. & Tan, A. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5(4), 249-253, <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.05.00>

Tabela 3

Autoperceção Física, Capacidade Física Percebida e QdV dos atletas em função da toma de medicação, idade, carga total e tempo de prática

Variável	Medicação				Idade		Carga Total		Tempo de prática	
	Não (n=95)	Sim (n=205)	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
	<i>M±DP (pontos)</i>	<i>M±DP (pontos)</i>								
Competência Desportiva	3.08±.66	2.926±.67	.03	.23	-.10	.09	.36**	<.001	.39**	<.001
Condição Física	2.64±.63	2.54±.70	.12		.09	.11	.17**	.003	.20**	<.001
Atração Corporal	3.07±.76	2.95±.78	.09		-.08	.17	.19**	.001	.22**	<.001
Força Física	3.43±.66	3.43±.64	.49		.06	.28	.15**	.009	.22**	<.001
Autovalorização Física	3.39±.74	3.29±.76	.14		-.02	.74	.18**	.002	.23**	<.001
Autovalorização Global	3.52±.54	3.33±.72	.01	.30	-.05	.42	.18**	.002	.18**	.002
C-PSPP Média Total	3.19±.51	3.08±.54	.04	.21	-.03	.59	.26**	<.001	.31**	<.001
PSES 1 Tenho reflexos excelentes	5.09±1.12	4.73±1.31	.009	.30	-.20*	<.001	.15*	.01	.16**	.005
PSES 2 Sou ágil e gracioso(a)	5.19±1.24	5.2±1.22	.46		.11*	.04	.11	.05	.11	.06
PSES 3 O meu físico é forte	4.67±1.28	4.32±1.5	.03	.25	-.18**	.002	.12*	.03	.14*	.01
PSES 4 Consigo correr rápido	3.87±1.89	3.03±1.97	<.001	.44	-.41**	<.001	.21**	<.001	.20**	<.001
PSES 5 Sinto controlo quando faço testes que envolvem esforço físico	4.6±1.41	4.21±1.54	.02	.26	-.27**	<.001	.35**	<.001	.31**	<.001
PSES 6 Tenho um tónus muscular pobre	1.41±.95	1.58±1.08	.10		.12*	.04	-.13*	.02	-.11*	.04
PSES 7 Tenho pouco orgulho na minha capacidade desportiva	1.65±1.37	1.95±1.57	.06		.12*	.04	-.23**	<.001	-.22**	<.001
PSES 8 A minha velocidade tem-me ajudado nalgumas situações de aperto	4.07±1.91	3.33±2.06	.002	.37	-.36**	<.001	.33**	<.001	.33**	<.001
PSES 9 Tenho uma pega (aperto) forte	5.2±1.22	4.67±1.54	.002	.38	-.18**	.002	.37**	<.001	.33**	<.001
PSES 10 Devido à minha agilidade, tenho conseguido fazer coisas que muitos não conseguiram fazer	4.85±1.30	4.24±1.55	<.001	.43	-.23**	<.001	.40**	<.001	.41**	<.001
PSES Média Total	4.06±.76	3.73±.90	<.001	.40	-.31**	<.001	.33**	<.001	.32**	<.001
Sinais e Sintomas do excesso de treino	1.66±1.55	2.23 ±1.56	.918		.07	.43	.04	.66	.03	.69
Condições básicas de saúde	1.04±1.27	1.8±1.20	.460		.03	.73	.04	.67	.12	.14
Relacionamento social no contexto desportivo	3.84±.62	3.84±.49	.749		-.16	.05	-.10	.24	.06	.50
Estados emocionais do atleta	5.76±.93	5.76±.73	.749		-.16	.05	-.10	.24	.06	.50
Planeamento e periodização do treino desportivo	.26±.85	.44±1.19	.050		-.02	.78	.07	.42	.23**	.006
QQVA Média Total	1.63±.73	1.99±.82	.004	.46	.09	.30	.08	.34	.08	.32

Nota. **p*<.05; ***p*<.01; C-PSPP= Perfil de Autoperceção Física, Versão Portuguesa; PSES= Escala da Autoeficácia Física; QQVA= Questionário sobre a Qualidade de Vida de Atletas.