



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ARNALDO VAZ JUNIOR

**AUTOCONCEITO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR
SUBJETIVO DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA:
MEDIÇÃO E RELAÇÃO COM PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Londrina

2024

ARNALDO VAZ JUNIOR

**AUTOCONCEITO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR
SUBJETIVO DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA:
MEDIÇÃO E RELAÇÃO COM PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física UEM/UEL do Centro de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do Título de Doutor em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Helio Serassuelo Junior

Londrina

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

VAZ JUNIOR, ARNALDO.

AUTOCONCEITO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR
SUBJETIVO DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA: MEDIAÇÃO E
RELAÇÃO COM PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA / ARNALDO VAZ JÚNIOR.
- Londrina, 2024.
113 f.

Orientador: HÉLIO SERASSUELO JUNIOR.

Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Educação Física e Esportes, Programa de Pós-Graduação em
Educação Física, 2024.

Inclui bibliografia.

1. EDUCAÇÃO FÍSICA - Tese. 2. PSICOLOGIA - Tese. 3. DEFICIÊNCIA -
Tese. I. SERASSUELO JUNIOR, HÉLIO. II. Universidade Estadual de Londrina.
Centro de Educação Física e Esportes. Programa de Pós-Graduação em
Educação Física. III. Título.

CDU 796

ARNALDO VAZ JUNIOR

**AUTOCONCEITO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR
SUBJETIVO DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA MOTORA:
MEDIÇÃO E RELAÇÃO COM PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física UEM/UEL do Centro de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do Título de Doutor em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Helio Serassuelo Junior (Orientador)
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dra. Márcia Greguol
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dra. Bruna Barboza Seron
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Francisco Heitor da Rosa
Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dra. Marina Brasiliano Salerno
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Londrina, 14 de Junho de 2024.

*Dedico este trabalho a minha família.
Meus pais, que buscaram me confortar e auxiliar
sempre que possível.
A minha Tia Sônia e minha prima Vivian que sempre
estão prontas para me ouvirem e me fazerem sorrir.
A minha avó, sempre me mostrando os melhores
caminhos, com sua simplicidade e sabedoria, sendo um
exemplo de força e perseverança.
E, em especial, ao meu irmão Igor, in memoriam, que me faz falta
constantemente e que me faz sempre olhar para frente, sem
temer.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Deus, por não me desamparar nas adversidades, por me proporcionar sabedoria e por me acompanhar na minha caminhada pessoal e profissional. Obrigado por me ouvir e me guiar pelos melhores caminhos.

Agradeço a Universidade Estadual de Londrina, a qual me abriu as portas na graduação em Esporte e posteriormente ao Programa de Pós-Graduação Associado UEM/UEL, que proporcionou que eu continuasse os estudos do mestrado. Obrigado a todos os professores e funcionários, que nos transmitem conhecimento em diferentes campos da vida.

Gostaria de agradecer a Prefeitura do Município de Londrina, representada pela Secretaria de Assistência Social, ao qual se disponibilizou a auxiliar no desenvolvimento do presente estudo, em especial a Secretária Municipal de Assistência Social Jacqueline Marçal Micali e a Gerente de Serviços de Alta Complexidade Lígia Fukahori.

Obrigado aos membros da banca, que gentilmente aceitaram auxiliar na construção deste trabalho, Prof. Dr. Francisco Heitor da Rosa, Prof^a. Dr^a. Marina Brasiliano Salerno, Prof^a. Dr^a. Marcia Greguol e Prof^a. Dr^a. Bruna Barboza Seron, os quais contribuíram imensamente com o presente trabalho. Agradeço pela companhia nos anos de caminhada e pela contribuição, com os apontamentos indicados na construção deste trabalho.

Gostaria de agradecer minha companheira de longa data, Mariana Mouad, que me acompanha na vida acadêmica desde 2005, dividindo muitas alegrias, dores de cabeça e gargalhadas e, participante do Grupo GEAPS, ao qual sem o apoio esse trabalho não teria acontecido.

Agradeço especialmente meu orientador, Prof. Dr. Helio Serassuelo Junior, que acreditou em meu potencial, oportunizando, acalmado quando preciso, direcionando nos estudos e abrindo muitas portas. Obrigado por todos os ensinamentos, oportunidades e acreditar em mim, quando eu mesmo não estava mais acreditando. Espero ser motivo de orgulho e um grande profissional como você, que além de ensinar está sempre disposto a ouvir e, principalmente, acolher.

Gostaria de agradecer em especial a três pessoas que foram minha válvula de escape, Junior Foganholti, Natália Olympio e Livian Pedrolo. Sem vocês minha loucura não seria tão normal.

Por fim, gostaria de agradecer ao Paulo, que me acompanhou em parte dessa jornada e que, desde o início me incentivou a não desistir, me acompanhou nas intervenções, sofreu e sorriu junto comigo, quando as coisas se bagunçavam. Obrigado, por ser meu melhor amigo, melhor companheiro e confidente, pelo apoio que me deu nesse processo, pela ajuda nos estudos, pela parceria nos jogos. Obrigado pelas palavras de conforto nos momentos que mais precisei, pelo incentivo quando desanimei e pelo carinho, necessário e fundamental para seguir nessa jornada. Obrigado por fazer parte do meu dia-a-dia e por ser responsável e estar presente nos momentos mais significativos.

*“Não se deixe ficar inativo na comodidade que
nada produz.
Lute. Acredite. Conquiste. Perca. Deseje.
Espere. Alcance. Invada. Caia. Seja tudo o que quiser,
mas, acima de tudo, seja você sempre.”*

Autor desconhecido

VAZ JUNIOR, Arnaldo. **Autoconceito físico, qualidade de vida e bem-estar subjetivo de adultos com deficiência motora: mediação e relação com prática de atividade física**. 2024. 113 fls. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

A psicologia positiva vem ganhando destaque dentre pessoas com deficiência, pois apresenta importantes medidas da saúde psicológica. Tais variáveis apresentam relação direta e positiva com a prática de atividades físicas em diferentes contextos. Desta forma, compreender como pessoas com deficiência motoras respondem a diferentes protocolos de treinamento, possibilita que órgãos públicos elaborem estratégias de inserção dessa população em programas de atividades físicas, possibilitando melhorias. Assim, o objetivo do projeto é analisar a percepção da qualidade de vida, o autoconceito físico e o bem-estar subjetivo de pessoas com deficiência motora submetidas a diferentes frequências em programas de exercícios físicos. Participaram do estudo 25 pessoas com diferentes deficiências motoras, entre 18 e 40 anos, estratificadas em três grupos distintos. O período do estudo compreendeu 14 semanas, dentre intervenção, avaliação e período de washout. A Qualidade de vida foi avaliada por meio do WHOQOL-dis, o Autoconceito físico foi avaliado pelo PSDQ-S e o Bem-Estar Subjetivo foi analisado pelo EBES. Para caracterização da amostra e desfechos das variáveis psicológicas foram realizadas tabelas de frequência. A comparação entre grupos e entre períodos foi observada pela ANOVA (tempo*grupo), com ajuste de Bonferroni. A análise de $\Delta\% = [(POS - PRE) / PRE] \times 100$ identificou a variação dos resultados obtidos entre os momentos pré e pós-intervenção. A associação do tempo de deficiência e variáveis psicológicas foi obtida pela análise de covariância (ANCOVA) e a análise de mediação foi obtida pelo processo de Baron e Kenny e teste de Sobel para efeito indireto. Foi adotado como nível de significância $P \leq 0,05$. Os resultados demonstraram que os indivíduos que praticaram atividades duas vezes por semana obtiveram melhores resultados quando comparados com os que fizeram atividades uma vez por semana ou com o grupo controle. A análise de variação entre os momentos pré e pós identificou $\Delta\% = 217\%$ na dimensão Relações sociais da qualidade de vida, $\Delta\% = 161\%$ na dimensão Autoestima do Autoconceito físico e $\Delta\% = 209\%$ na dimensão Afetos negativos do Bem-Estar Subjetivo. Ademais observou-se que a atividade física foi moderadora das melhorias das percepções das três variáveis psicométricas apresentando escores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) em cinco análises observadas. O estudo conclui que a inserção de pessoas com deficiência motora em programas de atividades físicas impacta positivamente na Qualidade de vida, Autoconceito físico e Bem-estar subjetivo, no entanto, observou-se que a maior frequência semanal no programa de atividade física apresentou melhoras mais relevantes nas diferentes variáveis psicométricas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psicologia do Esporte; Educação Física; Treinamento físico; Pessoas com Deficiência.

VAZ JUNIOR, Arnaldo. **Physical self-description, quality of life and subjective well-being of Brazilian adults with physical disabilities: mediation and relationship with practice of physical activity**. 2024. 113 f. Thesis (Doctorate in Physical Education) – State University of Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

The positive psychology are gaining prominence in people with disabilities, as they are pointed out by the literature for reflecting psychological health. Furthermore, such variables have shown a direct and positive relationship with the practice of physical exercises in different context. In this way, understanding how people with disabilities respond to different weekly sessions of physical training would make it possible for public bodies to delineate strategies for inserting this population into these programs, also making it possible to achieve improvements in both biological and behavioral aspects. Thus, the objective of the project is to analyze the perception of quality life, physical self-description and subjective well-being of people with motor disabilities submitted to different frequencies in physical exercises programs. 25 people with different motor disabilities, 18 and 40 years old, participated in the study, stratified into three distinct groups. The study period comprised 14 weeks, including intervention, evaluation and washout period. Quality of life was assessed using the WHOQOL-dis, physical self-description was assessed using the PSDQ-S and Subjective Well-Being was analyzed using the EBES. For sample characterization and analysis of psychological variables, frequency tables will be structured. The comparison between groups and between periods will be observed by the ANOVA (time*group), with Bonferroni adjustment. The analysis of DELTA $\% = [(POST-PRE)/PRE] \times 100$ will represent the variation of the results obtained between the pre and post-intervention moments. To analyze the association of disability time and psychological variables, analysis of covariance (ANCOVA) will be used and the mediation analysis will be performed of Baron and Kenny and the Sobel test will be adopted to investigate the indirect effect. It will be adopted as a significance level $P \leq 0,05$. The results demonstrated that individuals who practiced activities twice weeks achieved better results when compared to those who performed activities once a week or the control group. The analysis of variation between the pre and post moments identified $\Delta\% = 217\%$ in the Social relations dimension of Quality of life, $\Delta\% = 161\%$ in the sel-esteem dimension of the Physical Self-description and $\Delta\% = 209\%$ in the Negative affects dimension of the Well-being subjective. Furthermore, it was observed that physical activity was a moderator of improvements in perceptions of the three pshychometric variables, presenting statistically significant scores ($p < 0,05$) in five observed analyses. The study concludes that the inclusion fo the people with motor disabilities in physical activities programs has a positive impact on quality of life, physical self-description and subjective well-being, however, it was observed that greater weekly frequency in the physical activity program showed greater improvements relevant in the different psychometrics variables.

Key words: Mental Health; Sports Psychology; Physical Education and Training; Disabled Persons.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: O PROBLEMA E SUA RELEVÂNCIA

1.1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1.1 O problema e sua relevância.....	11
1.1.2 Objetivos e estrutura do projeto.....	21

CAPÍTULO 2: ARTIGO DE REVISÃO

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....

2.1 INTRODUÇÃO.....	24
2.2 MÉTODOS.....	27
2.3 RESULTADOS.....	30
2.4 DISCUSSÃO.....	33
2.5 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA.....

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....

3.1 Delineamento do estudo.....	40
3.2 População.....	41
3.2.1 Critérios de inelegibilidade.....	41
3.3 Variáveis do projeto.....	41
3.4 Variáveis de caracterização da população.....	42
3.4.1 Variável sociodemográfica.....	42
3.4.2 Questionário de características da população.....	42
3.5 Variáveis comportamentais.....	43
3.5.1 Qualidade de vida.....	43
3.5.2 Autoconceito físico.....	44
3.5.3 Bem-estar subjetivo.....	44
3.6 Protocolo de treino.....	45
3.6.1 Aquecimento.....	46
3.6.2 Treinamento de resistência aeróbia.....	46
3.6.3 Treinamento de força.....	47
3.6.4 Volta à calma.....	48
3.7 Procedimento de coleta.....	48
3.8 Controle de qualidade dos dados.....	49
3.9 Tratamento estatístico.....	49

CAPÍTULO 4: ARTIGO ORIGINAL

PERCEPÇÃO DA SAÚDE PSICOLÓGICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA MEDIADAS PELA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: DESFECHOS DA QUALIDADE DE VIDA, AUTOCONCEITO FÍSICO E BEM-ESTAR SUBJETIVO.....

4.1 INTRODUÇÃO.....	52
4.2 MÉTODOS.....	55
4.2.1 Desenho do estudo.....	55
4.2.2 População.....	55
4.2.3 Instrumentos.....	56
4.2.3.1 Caracterização da população.....	56

4.2.3.2 Qualidade de vida.....	56
4.2.3.3 Autoconceito físico.....	57
4.2.3.4 Bem-estar subjetivo.....	57
4.2.4 Protocolo de treino.....	57
4.2.4.1 Aquecimento.....	58
4.2.4.2 Treinamento de resistência aeróbia.....	58
4.2.4.3 Treinamento de força.....	59
4.2.4.4 Volta à calma.....	59
4.2.5 Coleta de dados.....	59
4.2.6 Confiabilidade dos dados.....	60
4.2.7 Tratamento estatístico.....	61
4.3 RESULTADOS.....	62
4.4 DISCUSSÃO.....	71
4.4.1 Qualidade de vida.....	73
4.4.2 Autoconceito físico.....	75
4.4.3 Bem-estar subjetivo.....	77
4.4.4 Limitações e implicações práticas do estudo.....	79
4.5 CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS.....	81
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
LISTA DE REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	99
Apêndice I – Carta Convite.....	100
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
Apêndice III – Questionário de Caracterização da Amostra.....	103
Apêndice IV – Questionário de Estratificação de Risco.....	105
ANEXOS.....	106
Anexo I – WHOQOL-dis.....	107
Anexo II –Physical Self-Description Questionnaire – Short (PSDQ-S)	110
Anexo III – Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)	112

CAPÍTULO 1: O PROBLEMA E SUA RELEVÂNCIA

1.1 INTRODUÇÃO

1.1.1 O problema e sua relevância

O entendimento do termo “saúde” passou por várias construções teóricas mediadas pelo desenvolvimento da humanidade. O estudo de Guedes (2000) esclarece que as teorias relativas à saúde, observadas por compreensões dúbias e reducionistas, conferem interpretações equivocadas sobre o conceito. Nesse mesmo sentido, WHO (2010) estudos vigentes apontam que a “saúde” deve ser observado a partir de um prisma holístico, compreendendo o bem-estar físico, social e psicológico.

Os estudos de variáveis psicológicas da saúde fazem parte de um campo vasto e, ainda, em expansão, tendo ainda dentro de sua construção as relações entre saúde psicológica e atividade física. Hackfort (1994) propõe, sob essa esfera das relações entre atividade física e psicologia, um modelo que avalia esta vertente da saúde em duas perspectivas; a primeira, relacionando a saúde mental à fatores cognitivos e; a segunda, determinando o humor e o bem-estar do indivíduo, refletindo a saúde emocional. Dessa forma, a avaliação da saúde psicológica pode ser efetuada analisando fatores cognitivos unidos ao bem-estar do indivíduo, ou ainda, analisando as perspectivas separadamente.

Diante do exposto, a literatura demonstra que a conjectura integral da saúde psicológica expressa o nível de bem-estar, que viabiliza a realização de aptidões em potencial, tais como, lidar com o estresse diário, trabalhar produtivamente e contribuir com a sociedade (WHO, 2010).

Observando a produção atual de estudos que buscam compreender as relações entre saúde psicológica e atividade física, é possível inferir que há uma vasta gama de estudos que investigam doenças psicológicas, tais como, ansiedade, depressão e estresse, excedendo abundantemente pesquisas que avaliam variáveis da psicologia positiva. No entanto, investigações contemporâneas salientam que, tão importante quanto analisar as doenças psicológicas, é de suma importância compreender os aspectos psicológicos positivos, denominados pelos estudos da

Psicologia Positiva (Hernandez, 2019; Hogan et al., 2015). Este campo de estudo orienta-se em estabelecer a compreensão de emoções positivas, potencialidades e virtudes humanas (Passareli; Silva, 2007; Bacon, 2005). Dessa forma, a psicologia positiva expressa-se na construção de um conhecimento que busca compreender, além das potencialidades do indivíduo, a felicidade, que é expressa em diversos estudos pelo bem-estar subjetivo.

O estudo de Hernandez (2019) demonstra que quando empregada no esporte de alto rendimento, a psicologia positiva estabelece que ao proporcionar suporte para o desenvolvimento do bem-estar e da felicidade do atleta, potencializa-se concomitantemente a evolução dos aspectos esportivos. Nesse prisma, é possível inferir que níveis adequados de sentimentos de felicidade podem repercutir positivamente nas potencialidades do indivíduo, trazendo sucesso às tarefas em diferentes campos de inserção.

Estudos pautados na linha de pensamento da psicologia positiva indicam que esta área abrange duas teorias, a Teoria do Bem-Estar, constituída por cinco conceitos, emoções positivas, engajamento, relacionamentos positivos, significado e realização, campo este da psicologia positiva, aplicado em diferentes âmbitos (Doyle et al., 2016).

Por outro prisma, a segunda teoria, denominada Teoria do Flow, converge na indicativa de que este constructo multidimensional determina um estado de fluência, caracterizado por experiências positivas vivenciadas na execução de determinadas tarefas, relacionadas à altos níveis de desempenho (Swann, 2016). O flow pode ser identificado em diferentes âmbitos e, em todos os campos é compreendido como um estado funcional elevado, com excelência na execução de tarefas e age potencializa o estado de automotivação devido ao sucesso de suas experiências associados com a necessidade de vivenciar novamente o sucesso.

A linha de estudos de emoções positivas referentes à Teoria do Bem-Estar visa identificar a influência de emoções positivas no emprego do esporte e estrutura-se em três pilares, a Teoria de Estados de Desafio e Ameaças em Atletas, as Zonas Individuais de Funcionamento Ideal e, a Teoria de Ampliação e Construção (McCarthy, 2011). Dentre estes três pilares, a teoria de Estados de Desafio e de Ameaças em Atletas, proposta por Jones et al. (2009), e as Zonas Individuais de Funcionamento Ideal, idealizado por Hanin (2007), são empregadas especificamente nas relações entre as emoções positivas e o esporte de alto rendimento, enquanto a

Teoria de Ampliação e Construção, proposta por Fredrickson (2004), não é adotado apenas no contexto esportivo (Hernandez, 2019).

A compreensão das emoções positivas estabelece que níveis adequados destes constructos promovem resiliência psicológica, potencializam chances de sucesso no enfrentamento e na sobrevivência e, possibilitam o combate às doenças psicológicas, decompondo os efeitos fisiológicos nocivos causados por tais doenças (Fredrickson, 2004). A Teoria de Ampliação e Construção compreende que o subconjunto de emoções positivas, como alegria, interesse, contentamento e amor, em níveis adequados, amplia experiências positivas, propiciando sentimentos como desejos, impulsos, aprendizado e o desejo de manter um ciclo recorrente dos próprios sentimentos positivos experimentados.

Hogan et al. (2015) estabelece que a prática de atividade física, além de combater desfechos decorrentes do sedentarismo, potencializa o desenvolvimento de emoções positivas, estimulando o progresso de fatores psicossociais. Dessarte, diferentes estudos demonstram que a atividade física se apresenta como tratamento adjacente, não medicamentoso, para prevenir e/ou tratar doenças psicológicas, potencializando melhorias na qualidade de vida e bem-estar, além de aliviar tensões e sintomas de emoções negativas em diferentes populações (Gerals et al., 2019; Weinberg; Gould, 2017). À vista disso, a atividade física deve ser compreendida como uma prática com múltipla funcionalidade, que age na prevenção e no tratamento de sintomas e doenças de caráter biopsicossociais e possibilita o desenvolvimento e adequação de emoções e experiências positivas.

Greguol e Malaggodi (2019) indicam que a literatura é vasta em relação aos benefícios da prática de atividade física para pessoas com deficiência, no entanto, não apenas a prática de atividade física possibilita melhorias para esta população, mas também, tomar conhecimento do esporte adaptado pode auxiliar no desenvolvimento das percepções da pessoa sobre sua própria deficiência. Nessa perspectiva, é possível inferir que além de desenvolver programas de inserção em práticas de atividade física para pessoas com deficiência, aumentar a visibilidade do esporte adaptado, tanto em meios de comunicação formais bem como os informais, são importantes pontes de acesso para o desenvolvimento de melhorias em pessoas com deficiência em diferentes âmbitos.

O conceito do termo deficiência apresentado pela *World Health Organization* (2004) propõe um retrato biopsicossocial para analisar o indivíduo, desconsiderando

condições de saúde e avaliando capacidades e funcionalidades em atividades e participações sociais. No entanto, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2019) é mais amplamente aceito, estabelecendo que pessoas com deficiência são caracterizadas por ter impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e, em interação com uma barreira ou mais, diminui a possibilidade de participação plena e efetiva social, quando comparadas com as demais pessoas. Tal perspectiva, possibilita uma conceitualização holística, observando as potencialidades do indivíduo, bem como os aspectos considerados positivos e/ou favoráveis, sem desconsiderar fatores limitantes e as possíveis dificuldades vivenciadas pela deficiência.

Estudos demonstram que a inserção na prática de atividade física por pessoas com deficiência proporciona benefícios biológicos, como regulação dos níveis de pressão arterial, melhoria na composição corporal e, concomitantemente, atendem o desenvolvimento na perspectiva psicossocial, auxiliando no desenvolvimento de níveis adequados de diferentes variáveis psicológicas (Scarpa, 2011; Shapiro; Martin, 2010). Nessa perspectiva, tais melhorias proporcionadas pela prática de atividade física, além de auxiliar nas relações da pessoa com deficiência e seus familiares e amigos, viabilizam a inserção e/ou reinserção do indivíduo na sociedade em diferentes âmbitos, potencializando suas funcionalidades como trabalhador e, também, atuando no cenário comercial como consumidor de bens e produtos.

Portanto, nesse mesmo prisma, observa-se que os benefícios psicossociais da prática de atividade física para pessoas com deficiência são considerados incontestáveis, pois auxilia na expansão da aceitação de condições vivenciadas pela própria deficiência, na ampliação de interações sociais e na melhoria dos níveis de autoconceito e qualidade de vida (Greguol; Malagodi, 2019). Este consenso auxilia no estabelecimento de diretrizes que possibilitam o aumento do engajamento de pessoas com deficiência na prática de atividades físicas, melhorando o desenvolvimento da saúde desta população como um todo e impactando direta ou indiretamente na saúde pública.

Contemporaneamente, a qualidade de vida é uma importante variável associada ao conceito de saúde em diferentes populações. Esta variável aponta níveis de condições básicas e complementares do indivíduo, indicando o bem-estar

psicológico e emocional, as relações sociais e, também, as condições de saúde, as quais impactam na vida do indivíduo.

A qualidade de vida é indicada como a habilidade de viver sem doenças ou, ainda, na capacidade de superar desafios de estados e/ou condições de comorbidades (Silva et al., 2010). Pesquisas atuais sugerem que percepções adequadas da qualidade de vida estão diretamente associadas à prática de atividade física em diferentes populações (Logan et al., 2018; Diaz et al., 2019; Silva et al., 2010). Dessa forma, compreende-se que, a prática de atividades físicas auxilia no estabelecimento de níveis adequados da qualidade de vida, possibilitando que o indivíduo conviva com problemas, doenças ou limitações sem deixar-se consternar.

Suplementarmente, a prática de atividades físicas em pessoas com deficiência viabiliza percepções adequadas da qualidade de vida, possibilitando alavancar o desenvolvimento da autonomia de seus praticantes e, conseqüentemente, estimulá-lo a própria prática de atividade física (Diaz et al., 2019), como esquematizado na Figura 1.

Figura 1 - Hipótese para o desenvolvimento da Qualidade de Vida em Pessoas com Deficiência.



Fonte: Adaptado de Diaz et al., 2019.

Em relação à qualidade de vida, o estudo de Magnusson et al. (2019) avaliou a percepção desta variável em pessoas com e sem deficiência e, identificou que pessoas sem deficiência obtiveram maiores resultados em todas as dimensões da qualidade de vida, quando comparadas às pessoas com deficiência, apresentando o grupo sem deficiência medianas 16,29, 15,33 e 14,00, enquanto o grupo de pessoas

com deficiência obteve medianas 14,29, 14,67 e 13,00 para as dimensões saúde física, psicológica e meio ambiente, respectivamente.

Por outra perspectiva, Silva et al. (2018) observaram as relações entre a prática de atividades físicas e a qualidade de vida dentre uma amostra de brasileiros e identificaram que indivíduos que apresentavam melhores níveis de atividade física obtiveram melhores índices das percepções da qualidade de vida. Em vista disso, fica evidente que a prática de atividades físicas regulares é uma importante ferramenta para o aumento e a adequação dos índices da qualidade de vida.

Quanto a perspectiva da prática esportiva, estudos indicam que a participação regular de diferentes modalidades esportivas possibilita resultados positivos em diferentes constructos psicológicos como autoestima, qualidade de vida, autoeficácia e autoconceito (Martin Ginis; Jörgensen; Stapleton, 2012; Blauwet; Willick, 2012). Nesse prisma, fica evidente que a inserção tanto na prática de atividade física quanto no esporte de alto rendimento promove benefícios em diferentes variáveis psicológicas, potencializando a saúde psicossocial de seus praticantes.

Outra análise indicada pela literatura como importante para compreensão da saúde psicológica é o autoconceito físico, esta variável reflete a saúde psicológica por meio de um constructo multidimensional que evidencia a percepção do “eu” e o bem-estar (Weinberg; Gould, 2017; Lemoyne et al., 2015). Estudiosos sobre o autoconceito físico apontam a própria construção multidimensional desta variável como um fator positivo para a compreensão da abrangência psicológica que compõe o indivíduo, pois além de identificar dimensões relacionadas a percepções físicas, o autoconceito físico apresenta dimensões relacionadas ao autoconceito físico global.

Diferentes estudos caracterizam o autoconceito físico como uma afinidade direta do indivíduo com seu corpo e suas competências físicas (Tóth et al., 2019; Shapiro; Martin, 2010; Serassuelo, 2007; Fisher, 1990). Ademais, este constructo possibilita a compreensão de percepções de fatores cognitivos e reflete a saúde emocional do mesmo, atendendo o contexto de saúde psicológica proposto por Hackfort (1994). Este modelo proposto exprime as relações cognitivas e emocionais, diretamente relacionadas à sentimentos e a racionalidade, proporcionando o desenvolvimento da aprendizagem.

Na atribuição das dimensões que compõem o autoconceito físico global, diferentes instrumentos podem ser constituídos por diferentes análises. O instrumento que avalia o autoconceito físico idealizado por Marsh, Martin e Jackson

(2010) e validado para brasileiros com e sem deficiência por Vaz Junior et al. (2020), é constituído por nove dimensões relacionadas a aspectos físicos, sendo elas, aparência, força, resistência, flexibilidade, saúde, coordenação, exercício físico, gordura corporal e competência esportiva e, duas dimensões relacionadas à componentes globais, denominadas autoconceito físico global e autoestima.

Concernente ao autoconceito físico, salienta-se que, por este constructo ser constituído por distintas dimensões, indivíduos podem apresentar percepções dispare, além disso, os estudos evidenciam que este constructo deve ser considerado uma estrutura mutável, passível de mudanças mediante o passar do tempo e de alterações de carácter físico (Marsh et al., 2010; Shapiro; Martin, 2010; Fox; Corbin, 1989). Dessa forma, as variações das percepções do autoconceito físico devem ser observadas nas dimensões do constructo e, no próprio constructo como um todo, possibilitando análises direcionadas à aspectos físicos e da saúde psicológica geral.

Estudos alusivos ao autoconceito físico, constantemente, salientam a relevância da prática de atividades físicas para manutenção de níveis adequados deste constructo e, notoriamente, a variável apresenta relações positivas com maiores índices de envolvimento em práticas de atividade física e/ou esportiva em diferentes populações (Santamaria et al., 2020; Christmas et al., 2019; Scarpa; Palumbo, 2017; Sweeney et al., 2017; Li et al., 2016; Marsh et al., 2010). Dessa forma, compreende-se que as melhorias dos níveis do autoconceito físico relacionam-se à inserção na prática de atividades físicas e no esporte e em sua frequência e/ou continuidade e não na intensidade destas práticas.

Outros aspectos observados em diferentes investigações realizadas com adultos identificaram que homens apresentam índices mais elevados na maioria das dimensões do autoconceito físico quanto comparado com mulheres, este fato associa-se possivelmente pelo maior envolvimento por homens em práticas de atividade física, quando comparados com mulheres (Christmas et al., 2019; Vaz Junior, 2018).

Observando um recorte específico da avaliação do autoconceito físico de praticantes de atividades físicas com e sem deficiência, o estudo de Scarpa (2011) identificou que pessoas com deficiência que praticam esportes demonstram níveis mais elevados do autoconceito físico ($M = 4,9$) quando comparados a pessoas sem deficiência que igualmente estão inseridas em práticas esportivas ($M = 4,7$), além

disso, entre indivíduos que não praticam esportes, pessoas sem deficiência apresentam melhores níveis do autoconceito físico ($M = 4,4$), quando comparadas com pessoas com deficiência ($M = 4,0$).

Perante o exposto, diferentes estudos demonstram que a prática de atividade física se apresenta mais relevante para a obtenção de índices adequados do autoconceito físico quando comparada com a deficiência. Nessa mesma perspectiva, Santamaria et al. (2020) denotam que em ambos os grupos (pessoas com e sem deficiência) a prática de atividade física superior há duas horas semanais proporciona índices mais elevados do autoconceito físico quando comparados à indivíduos que dedicam menores tempos para esta prática.

O bem-estar subjetivo é uma variável psicológica que busca compreender componentes cognitivos e emocionais e, segundo o estudo de Furtado (2011) este constructo apresenta possíveis relações com distintas variáveis psicológicas referentes a autopercepções de indivíduos adultos inseridos no contexto da atividade física.

Estudos que buscam compreender a manifestação do bem-estar subjetivo não são recentes (Bedin; Sarriera, 2014; Furtado, 2011; Passareli; Silva, 2007; Campbell et al., 1976). Este constructo denota em avaliar com um único instrumento duas dimensões, sendo a primeira constituída por componentes afetivos (afetos positivos e afetos negativos) e a segunda associada à satisfação do indivíduo com a vida (aspectos cognitivos), avaliando a saúde psicológica (Henna, 2011), adequando-se, assim como o autoconceito físico, no modelo proposto por Hackfort (1994).

Nesse aspecto, a compreensão do bem-estar subjetivo proporciona uma visão holística do indivíduo, compreendendo a satisfação dele com o “eu” e com distintos âmbitos da vida, agregando concepções de felicidade e interação social (Bedin; Sarriera, 2014; Resende; Gouveia, 2011). Atualmente, aspectos positivos da psicologia, assim como a felicidade, demonstram-se cada vez mais relacionados às práticas de atividades físicas e esportes e, ainda, observa-se importante suas análises para a compreensão da saúde psicológica.

A literatura aponta que o bem-estar subjetivo demonstra fortes relações com o termo felicidade, relacionando-se a aspectos emocionais do comportamento e da satisfação que o indivíduo sente com a vida (Siqueira; Padovan, 2008; Keys; Shmotkin; Ryff, 2002).

A dimensão do bem-estar subjetivo que analisa os fatores emocionais é denominada como afetos positivos e afetos negativos (Furtado, 2011; Henna, 2011). Tal dimensão proporciona perspectivas amplas de fenômenos relacionados à fatores emocionais, à satisfação que este apresenta em relação à diferentes âmbitos e à vida e, ainda, dos julgamentos gerais de suas satisfações.

A compreensão de afetos positivos e negativos tem como propósito identificar a quantidade de experiências prazerosas e situações de sofrimento aos quais o indivíduo é submetido, isso porque, esta dimensão manifesta estreitas relações com a frequência dos sentimentos e não com a intensidade destes (Diener; Lucas, 2000). Dessa forma, as experiências vivenciadas diariamente influenciam diretamente na atribuição dos índices da dimensão de afetos positivos e negativos. Nesse prisma, para a análise dos afetos, a literatura orienta que esta dimensão se estrutura na congregação de dois contínuos referentes à afetividade, os quais demonstram independência entre si (Resende; Gouveia, 2011; Siqueira; Padovan, 2008; Bradburn, 1969). Esta independência das análises potencializa uma compreensão mais clara das relações que o indivíduo estabelece entre sentimentos positivos como entusiasmo, felicidade e estímulo, associados aos afetos positivos e, por outra perspectiva, da compreensão de sentimentos como angústia, insatisfação, medo e culpa, associados aos afetos negativos.

A outra observação proposta pelo bem-estar subjetivo é a da dimensão que reflete a satisfação com a vida, a qual provém de processos de julgamento que o indivíduo faz de sua vida, respaldada em parâmetros pessoais, provenientes de um processo cognitivo consciente amparado por suas convicções (Pavot; Diener, 1993). Quanto à esta dimensão, Casas (2011) infere que a construção deste processo manifesta a interinfluência entre aspectos internos e interações externas provenientes do meio onde o indivíduo está inserido. Esta dimensão é considerada um importante indicador do bem-estar subjetivo e da saúde psicológica pois exprime uma medida geral ou uma referência da satisfação que o indivíduo demonstra da vida de um modo abrangente.

O estudo de Resende e Gouveia (2011), que avaliaram o bem-estar subjetivo de pessoas com deficiência, demonstraram que esta população apresenta bem-estar subjetivo positivo, obtendo satisfação com a vida $M = 5,08$, afetos positivos $M = 5,00$ e afetos negativos $M = 3,02$ (destaca-se que os valores máximos do instrumento utilizado são de 7 pontos). Outros dados relevantes apontam que para esta

população, a interação com a família e a inserção em distintas atividades de socialização possibilitam melhores índices do bem-estar subjetivo (Resende; Gouveia, 2011; Resende; Leão, 2008). No entanto, ressalta-se que sentimentos de consternação provenientes do meio em que o indivíduo está inserido, tais como família, amigos, escola ou ambientes de trabalho, ou ainda, provenientes do próprio indivíduo, podem influenciar negativamente na atribuição das dimensões do bem-estar subjetivo, sendo importante uma relação igualitária e estimulante para o desenvolvimento da pessoa com deficiência.

Para tanto, respaldado nas evidências já apresentadas e nos estudos de Firth (2016) e McCartan et al. (2020) sobre associações da atividade física com diferentes constructos psicológico, observa-se que há uma lacuna no estado da arte referente a compreensão de diferentes constructos psicológicos de pessoas com deficiência motora mediados pela prática de atividade física. Ademais, faz-se necessário compreender como pessoas com deficiência respondem psicologicamente a exposição à prática de exercícios físicos, possibilitando diretrizes que auxiliem órgãos públicos a delinear estratégias de inserção dessa população na prática de exercícios físicos, possibilitando melhorias psicológicas para essa população de forma viável para os proponentes. Portanto, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa:

- O envolvimento em práticas de atividades física em diferentes frequências pode mediar igualmente percepções de qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo em adultos com deficiência motora?

À vista dessa indagação, é de suma importância compreender se as respostas na saúde psicológica de pessoas com deficiência demonstram-se iguais quando mediadas por diferentes frequências de exposição à programas de atividades físicas estruturados para pessoas com deficiência motora.

Desta forma, as possíveis hipótese para o presente trabalho são:

H₀: Após a exposição a práticas de atividade física, pessoas com deficiência motora que praticarem atividade física uma vez por semana apresentarão os mesmos resultados referentes a qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo que os indivíduos que praticarão atividade física duas vezes na semana.

H1: Após a exposição à prática de atividade física, os indivíduos com deficiências motoras que praticarem atividade física uma vez por semana apresentarão resultados menores referentes a qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo quando comparados aos indivíduos com deficiência que praticarão atividade física duas vezes por semana.

1.1.2 Objetivos e estrutura do projeto

A presente tese seguirá sua apresentação no modelo escandinavo ou alternativo e prosseguirá por meio da redação de dois artigos científicos. Assim, inicialmente o projeto foi estruturado em dois capítulos, sendo um referente à introdução ampliada e, um para os procedimentos metodológicos. Neste momento, no trabalho final será adicionado um capítulo para cada um dos dois artigos científicos (resultados), além da conclusão final, totalizando cinco capítulos. Os artigos científicos serão oriundos de uma pesquisa conduzida durante o ano de 2022/23, pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Atividade Física, Psicologia e Saúde (GEAPS), da Universidade Estadual de Londrina.

Assim, o objetivo geral do estudo é analisar a qualidade de vida, o autoconceito físico e o bem-estar subjetivo e suas relações com a prática de atividade física de pessoas com deficiência motora. Para tanto, serão propostos dois artigos científicos para os objetivos serem atingidos, os quais serão submetidos a periódicos indexados, cujos títulos e objetivos gerais estão descritos a seguir:

Artigo 1 – Artigo de revisão: Qualidade de vida de pessoas com deficiência motora: uma revisão sistemática da literatura.

- **Objetivo geral:** Identificar o estado da arte da qualidade de vida de pessoas com deficiência motora.

Artigo 2 – Original: Percepção da saúde psicológica de pessoas com deficiência mediadas pela prática de atividade física: Desfechos da qualidade de vida, autoconceito físico, bem-estar subjetivo após diferentes exposições à atividade física.

- **Objetivo geral:** Verificar alterações mediadas por diferentes frequências de prática de atividade física na qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo de adultos com deficiência motora.

CAPÍTULO 2: ARTIGO DE REVISÃO

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Dentre as variáveis psicométricas a Qualidade de Vida (QV) se apresenta como uma importante medida da psicologia positiva a ser compreendida, pois níveis adequados de tal variável estão diretamente associados a saúde física e psicológica. Ademais, diferentes estudos indicam que a mensuração da qualidade de vida de pessoas com deficiência é uma importante forma de mensuração da saúde psicológica desta população. Desta forma, faz-se importante compreender o estado da arte de como pessoas com deficiência motora (PCDM) estabelecem percepções adequadas da QV. Assim, o objetivo da presente pesquisa é identificar o estado da arte de estudos que avaliam a QV de adultos com deficiência motora. Como procedimento metodológico do trabalho, foram realizadas buscas nas bases de dados: Medline (PUBMED), Web of Science, Scopus, SPORTDiscus, Cochrane Library além das bases latino-americanas LILACS, Scielo e Portal da CAPES. A busca compreendeu o período das bases de 2004 até janeiro de 2024. Todas as etapas do processo seguiram as recomendações do PRISMA FlowDiagram e a classificação dos artigos foi efetuada conforme critérios de qualidade adaptados do instrumento STROBE. Após a realização das buscas foram localizados 72 artigos no total das oito bases de dados selecionadas e, após os procedimentos adotados para exclusão, 13 estudos chegaram à análise final. De maneira geral, nos trabalhos analisados foram encontrados cinco diferentes instrumentos para analisar a QV de PCDM na idade adulta. Em relação aos trabalhos avaliados, dois analisaram o ACF de PCD intelectual e identificaram que há uma correlação positiva do ACF com níveis de funcionalidade. Os estudos demonstraram que limitações em atividades da vida diárias comprometem as dimensões social e afetiva. Adicionalmente, as pesquisas indicam que o tempo de deficiência influencia o estabelecimento da QV de adultos jovens, no entanto, que a prática de atividade física demonstra correlação positiva com a variável psicométrica. Assim, por meio dos estudos revisados pode-se concluir que poucos instrumentos são validados para a análise da QV de PCDM. Adicionalmente, identificou-se uma associação positiva entre a prática de atividade física e a QV de PCDM na idade adulta.

Palavras-chave: Saúde Mental; Deficiência; Adultos; PRISMA FlowDiagram.

2.1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é um tema que tem ganhado cada vez mais relevância na sociedade atual, sendo um conceito amplo que engloba diferentes aspectos, como por exemplo a saúde física e mental, relacionamentos, satisfação pessoal e acesso a oportunidades de desenvolvimento pessoal. No entanto, ao voltar os olhos para pessoas com deficiência motora (PCDM), observa-se que estes aspectos se tornam ainda mais desafiadores.

A partir desta e de muitas outras perspectivas voltas a pessoas com deficiência, em 2006, a Organização das Nações Unidas aprovou, através da Convenção Internacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, uma latente modificação conceitual da deficiência, observando através de uma perspectiva dos direitos humanos e do modelo social, enfatizando a intervenção do Estado através de intervenções políticas (Diniz, 2007).

“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2009).

O modelo conceitual da deficiência pode ser considerado um termo multidimensional em constante evolução, pois acompanha características de evoluções históricas, não se limitando a apenas variáveis físicas e biológicas, mas também a atributos psicológicos, de autonomia e, não menos importante, tecnológicos. Este modelo conceitual resulta também da interação entre pessoas com deficiência, as barreiras e moderadores que facilitam a inserção e participação do indivíduo na sociedade.

As deficiências motoras podem ser causadas por diferentes condições, de ordem congênita ou adquirida, como por exemplo paralisia cerebral, lesões medulares, amputações e doenças musculoesqueléticas. Tais condições podem afetar a autonomia de PCDM, afetando a mobilidade e a capacidade de realizar atividades diárias de forma independente. No entanto, é importante ressaltar que a

QV dessa população não se limita apenas ao grau de incapacidade física, mas sim pela maneira como a PCDM adapta-se e supera os desafios impostos pela sua condição.

A reestruturação pautada em uma observação holística ocorrida na Convenção Internacional de Direitos da Pessoa com Deficiência ocasionou mudanças radicais em diferentes aspectos associados à QV de pessoas com deficiência:

“[...]o respeito pela dignidade inerente, a independência da pessoa, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, a autonomia individual, a não discriminação, a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade, o respeito pela diferença, a igualdade de oportunidades, a acessibilidade, a igualdade entre o homem e a mulher e o respeito pelas capacidades em desenvolvimento de crianças com deficiência” (Brasil, 2009).

A relevância do estado da arte da QV para pessoas com deficiência não é recente. Em 1994, a Organização das Nações Unidas constituiu o Grupo *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, que afirmou que a QV é “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995).

Para diferentes autores, o conceito de QV é um fator multidimensional, associado a condições e estilos de vida, bem como ao desenvolvimento humano, garantindo direitos humanos e sociais, diretamente associados à atributos ético-universais, congruentes a cultura e a componentes objetivos e subjetivos, além da influência de fatores pessoais e ambientais (Schalock; Verdugo, 2007; Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Dentre os principais aspectos que influenciam a QV de PCDM é o acesso a serviços de saúde adequados, sendo de fundamental importância o acesso a profissionais especializados, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física, que possibilitem o desenvolvimento de habilidades motoras e a adaptação do ambiente às suas necessidades. Ademais, o acesso a equipamentos de assistência, como cadeiras de rodas, próteses e órteses adequadas, que possam facilitar sua locomoção e/ou promover sua independência em atividades cotidianas.

O estudo de Diaz et al. (2019) aponta que a prática de atividades físicas em pessoas com deficiência possibilita percepções adequadas da qualidade de vida, potencializando a melhora da autonomia de seus praticantes, que desperta no indivíduo o desejo de continuidade da prática pelos resultados desencadeados pela mesma.

Para PCDM, outro aspecto importante para percepções adequadas da QV está associado a possibilidade de educação e emprego. É de suma importância que esta população tenha acesso a uma educação inclusiva, que respeite suas particularidades e promova a participação ativa na sociedade. Ademais, a oportunidade de emprego é fundamental para que PCDM se desenvolvam de forma integral, possibilitando o sentimento de realização profissional, além de servir como fonte de renda.

Paralelamente, a QV de PCDM também se apresenta dependente da adequação de acessibilidade e relacionamentos sociais para tal população. Nesse sentido, é considerável que ambientes públicos e privados sejam acessíveis, com rampas, banheiros adaptados, informações acessíveis e tecnologias facilitando a mobilidade e a autonomia de seus visitantes. De forma equivalente, o estabelecimento de uma rede de apoio sólida formada por familiares, amigos e profissionais capacitados em diferentes âmbitos, que possam oferecer suporte emocional e prático, atividades de lazer e cultura auxilia no estabelecimento da QV de PCDM, proporcionando que essa população possa se divertir e se sentir inserida na sociedade.

Suplementarmente, estudos contemporâneos demonstram que diferentes práticas físicas têm impactos divergentes na percepção das atribuições da QV de PCDM, sendo este constructo dependente de frequência, exposição e intensidade de atividades físicas, exercícios físicos e práticas esportivas (Magnusson et al., 2019; Silva et al., 2018; Martin Ginis; Jörgensen; Stapleton, 2012).

À vista disso, observa-se que a compreensão das percepções da QV de PCDM pode contribuir para que haja um direcionamento adequado de políticas e ações públicas, sociais e de saúde para esta população. Nesse sentido, Bredemeier et al. (2014) desenvolveram com o apoio do Grupo *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* o WHOQOL-Dis, um questionário adequado para a avaliação da QV de pessoas com deficiências motoras e intelectuais, possibilitando resultados mais adequados, comparados a estudos que utilizam instrumentos que não são específicos para tais populações.

Perante o exposto, é importante compreender o estado da arte da QV de PCDM para que se possa estabelecer não apenas como esta população se percebe, mas também determinar quais instrumentos são os mais adequados para avaliação da QV de PCDM e, também, auxiliar o estabelecimento de políticas públicas a partir do estabelecimento da saúde mental desta população.

Portanto, o objetivo geral do presente estudo é identificar o estado da arte de estudos que avaliam a QV de adultos com deficiência motora, através de uma revisão sistemática da literatura e, o objetivo específico, identificar instrumentos adequados para avaliação deste constructo em PCDM.

2.2 MÉTODOS

O processo metodológico consistiu-se de uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar estudos que avaliaram a QV de PCDM na idade adulta. Para isso foram utilizadas as bases de dados: Medline (PUBMED), *Web of Science*, Scopus, SPORTDiscus, Cochrane Library, além das bases latino-americanas LILACS, Scielo e Portal da CAPES. A busca compreendeu o período das bases de 2004 até janeiro de 2024.

Para as estratégias de buscas foram utilizadas as seguintes palavras-chaves e operadores booleanos inseridos nos Descritores em Ciências da Saúde (DecS): (*“Quality of Life” OR “Evaluation of Quality of Life” OR “Assessment of Quality of Life”*) AND (*“Questionnaire” OR “Inventory”*) AND (*“Adult” OR “Adults” OR “Adulthood”*) AND (*“Disability” OR “Disabilities” OR “Disabled people” OR “Disabled persons” OR “Disabled individuals” OR “Persons with disabilities” OR “People with disabilities” OR “Handicapped persons” OR “Persons with reduced mobility”*), sem adição de filtros para a busca.

Para o caso de bases de dados latino-americanas, foram utilizadas as seguintes palavras-chave e operadores booleanos para busca: (*“Qualidade de vida” OR “Avaliação da qualidade de vida” OR “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde-QVRS”*) AND (*“Questionário” OR “Inventário”*) AND (*“Adulto” OR “Adultos”*) AND (*“Deficiência” OR “Pessoas com deficiência” OR “Pessoa com deficiência” OR “Pessoas com Incapacidade” OR “Pessoas com Incapacidade Física”*), obedecendo aos mesmos critérios adotados para as demais bases de dados.

Quadro 2.1 Descritores e palavras-chaves em português e inglês.

Descritores e palavras-chaves em português	Descritores e palavras-chaves em inglês
Qualidade de vida; Avaliação da qualidade de vida; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde- QVRS	<i>Quality of Life; Evaluation of Quality of Life; Assessment of Quality of Life</i>
Deficiência; Pessoas com deficiência; Pessoa com deficiência; Pessoas com Incapacidade; Pessoas com Incapacidade Física	<i>Disability; Disabilities; Disabled people; Disabled persons; Disabled individuals; Persons with disabilities; People with disabilities; Handicapped persons; Persons with reduced mobility</i>
Adulto; Adultos	<i>Adult; Adults; Adulthood</i>
Questionário; Inventário	<i>Questionnaire; Inventory</i>

Os critérios adotados para elegibilidade dos artigos que avaliaram a qualidade de vida em âmbito nacional e internacional consideraram inicialmente: a) Tipo de estudo - artigos originais; b) Intervenção – avaliação QV; c) Participantes – adultos com deficiência motora, capazes de responderem os questionários; d) Tempo – publicações nos últimos 20 anos (de 2004 a 2024) e; e) Idiomas - estarem publicados nos idiomas inglês, espanhol e/ou português. Foram excluídos: artigos duplicados, revisões sistemáticas, relatórios técnicos e relatos de caso. O PRISMA FlowDiagram (Liberati et al, 2009) foi utilizado como norteador para todas as etapas do processo, como apresentado na Figura 2.1.

Para o processo de seleção e análise dos estudos foram selecionados três avaliadores (AVJ, DDR e LHD) que atuaram de forma independente e, em caso de divergência entre os avaliadores, foi consultado um quarto avaliador (HSJ) a fim de definir a manutenção (inserção/exclusão) de estudos na presente pesquisa.

A Tabela 2.1 apresenta os itens selecionados e adaptados da listagem de verificação STROBE (Von Elm et al, 2007), utilizada com a fim de estabelecer qualidade na seleção dos artigos incluídos na presente investigação. Desta forma, a listagem de verificação STROBE adaptada na presente revisão sistemática constituiu-se de 12 itens para análises, contabilizando um ponto para cada um dos mesmos.

Tabela 2.1 Listagem de verificação STROBE adaptada para classificação da qualidade dos estudos de qualidade de vida da presente revisão sistemática.

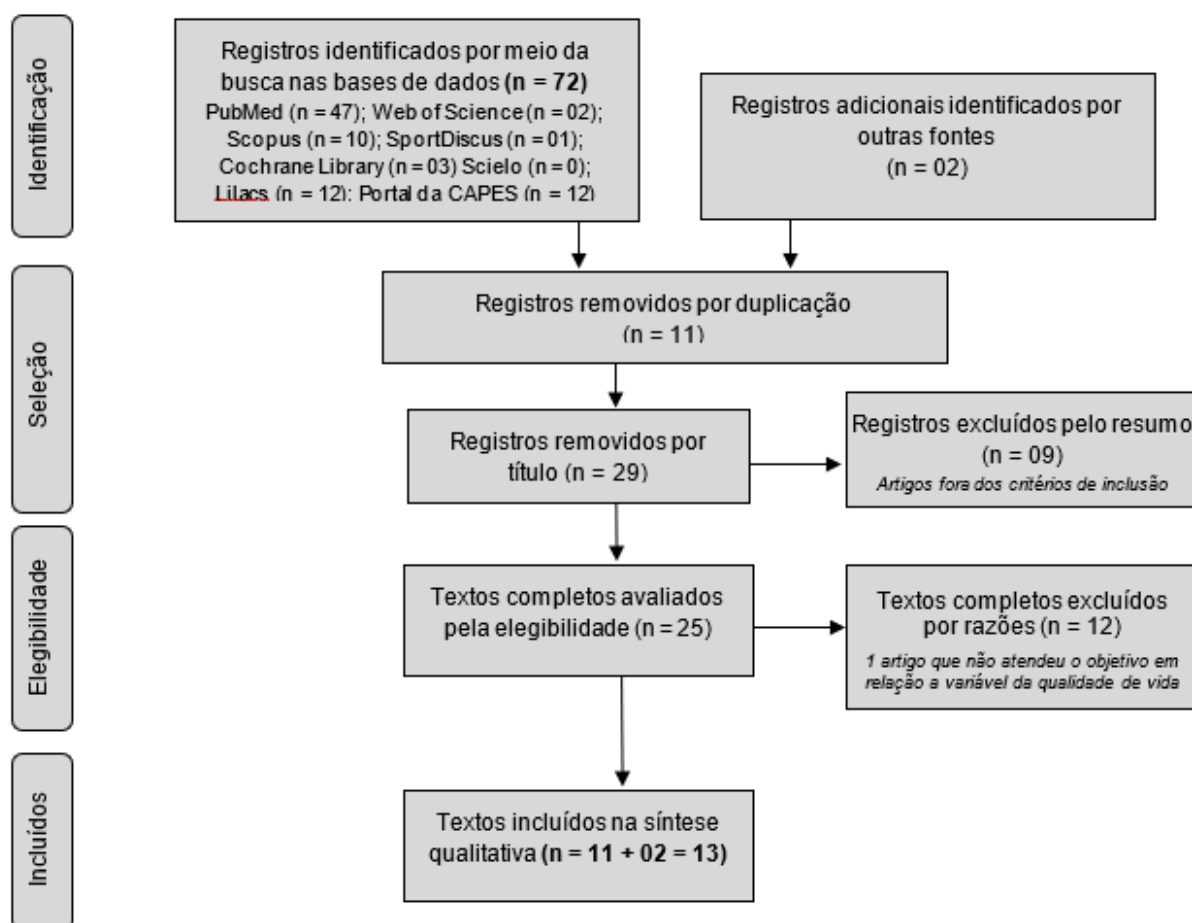
TÓPICO	ITEM Nº	RECOMENDAÇÃO
Título e Resumo	1	(a) O título e/ou resumo deve utilizar ao menos uma das palavras-chaves (b) Conter um sumário informativo e equilibrado do que foi feito no resumo
Introdução		
Contexto/fundamentos	2	Haver referencial teórico detalhado para a realização da investigação
Objetivos	3	Objetivos gerais e específicos claros
Métodos		
Delineamento estudo	4	Apresentar no princípio do estudo elementos chave do delineamento deste
Participantes	5	Apresentar os critérios de elegibilidade, fontes e seleção da amostra
Variáveis	6	Definição clara de todas as variáveis: resposta, exposições e de confusão
Fonte de dados/ medidas	7	Especificar e detalhar métodos e instrumentos das principais variáveis mensuradas (qualidade de vida)
Métodos estatísticos	8	Explicar como se trataram as variáveis quantitativas nas análises e definição dos grupos
Principais resultados	9	Apresentar informações numéricas (teste estatístico) relacionados à análise da qualidade de vida de adultos com deficiência motora
Discussão		
Resultados chave	10	Resumir os principais achados da pesquisa
Limitações	11	Apresentar as limitações da pesquisa
Interpretação/ Generalização	12	(a) Apresentar interpretação cautelosa dos achados, considerando objetivos, limitações, multiplicidade de análises e resultados de estudos similares (b) Discutir a possibilidade de generalizar os resultados (validade externa)

Foram estabelecidos os seguintes pontos de corte para classificação da qualidade dos estudos: de zero a quatro pontos = estudos de baixa qualidade; entre cinco e oito pontos = estudos de moderada qualidade; e de nove a 12 pontos = estudos de alta qualidade. Portanto, de acordo com os critérios estabelecidos, apenas os estudos que atingiram a classificação de “alta qualidade” foram incluídos nas análises finais.

2.3 RESULTADOS

O processo de seleção e classificação dos artigos da qualidade de vida de adultos com deficiência está demonstrado na Figura 2.1.

Figura 2.1 FlowDiagram do processo de seleção dos artigos.



Por meio das buscas nas bases de dados e da avaliação de qualidade dos estudos, chegaram à etapa final 13 artigos científicos. Foram considerados para a presente revisão, estudos que incluíssem adultos com deficiências motoras, mesmo que dentre a amostra houvessem outros grupos. Os trabalhos excluídos referiam-se a temas não relacionados ao estudo, trabalhos repetidos, artigos de revisão científica, patologias que não se adequavam ao tema, relatórios, artigos de baixa qualidade e artigos com erros metodológicos e/ou com falta de informação técnica.

Dessa forma, os trabalhos avaliados na íntegra e incluídos na presente revisão estão apresentados no Quadro 2.2 apresentado a seguir.

Quadro 2.2 Resultados do estudo (em ordem alfabética) com descrição e características dos estudos da qualidade de vida de pessoas com deficiência motora da presente revisão sistemática.

Referência	Objetivo da QV do estudo	População	Instrumento de mensuração	Desfecho em relação a QV
Chesani et al., (2018)	Avaliar a percepção da QV de pessoas que utilizam e não utilizam cadeiras de rodas	163 adultos, sendo 91 que utilizam cadeiras de rodas e 72 que não utilizam	WHOQOL-bref	O grupo que utilizava cadeiras de rodas apresentou escores menores nos domínios sociais e meio ambiente
França et al., (2011)	Avaliar a QV de indivíduos com lesão medular e identificar os domínios que podem influir na QV	47 adultos e idosos, de 41-95 anos	WHOQOL-bref	Dos sujeitos avaliados, 55,3% apresentaram-se insatisfeitos com a QV e os domínios social e ambiental apresentam maior correlação com o fato.
Gonzales et al., (2012)	Observar a relação entre QV com tempo de deficiência, saúde mental e fatores sociodemográficos de maiores de adultos	42 adultos idosos de 18-65 anos	SF-36	Piores níveis da QV no domínio físico foram encontrados em indivíduos com maiores níveis de escolaridade.
Jasper et al., (2019)	Avaliar a QV e o consumo de alimentos de risco e proteção de DCNT de pessoas com deficiência física adquirida	164 indivíduos adultos com diferentes deficiências físicas	WHOQOL-bref	Os domínios que apresentaram maior e menor escore foram psicológico (62,86 pontos) e físico (55,41 pontos), demonstrando pouca variabilidade entre os domínios, no entanto, apenas 4,9% da amostra apresentou a qualidade de vida como “muito boa”.

Nota: QV = Qualidade de Vida; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life, versão breve; SF-36 - Short-Form 36; WHOQOL-DIS - World Health Organization Quality of Life Disabilities; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Quadro 2.2 Resultados do estudo (em ordem alfabética) com descrição e características dos estudos da qualidade de vida de pessoas com deficiência motora da presente revisão sistemática. (continuação)

Referência	Objetivo da QV do estudo	População	Instrumento de mensuração	Desfecho em relação a QV
Kim et al., (2018)	Avaliar o impacto na QV de indivíduos após um ano com AVC	288 adultos e idosos de 30-87 anos	WHOQOL-bref	Os escores apresentaram-se baixos e significativos, independente de característica demográfica, clínica ou gravidade do AVC.
Lucas-Carrasco et al., (2011)	Avaliar a QV em indivíduos com doenças neurodegenerativas	149 adultos e idosos	WHOQOL-bref; WHOQOL-DIS	Observou-se que indivíduos com maior grau de comprometimento indicaram menores escores da QV; 40% dos indivíduos apresentavam depressão.
Maestro-Gonzalez et al., (2018)	Avaliar a QV e os seus preditores em indivíduos com paralisia cerebral sem deficiência intelectual	75 adultos acima de 18 anos	GenCat	Média da QV foi de 103,29, correspondendo ao percentil 56,6 do instrumento. Indivíduos com maiores escolaridades apresentaram maiores escores do Desenvolvimento Social e da Autodeterminação. Relacionamentos e vida sexual ativa estão associados positivamente a níveis mais elevados da QV.
Marinho; Vieira (2015)	Avaliar a QV e a associação demográfica em adolescentes e adultos com deficiência	72 adolescentes e adultos de 10-19 anos com deficiências físicas e sensoriais	WHOQOL-bref	Ocorreram menores escores da QV em indivíduos com deficiência física ($57,36 \pm 20,67$). Indivíduos mais jovens apresentaram menores escores da QV.
Noce et al., (2023)	Comparar a QV de pessoas ativas fisicamente e sedentárias.	20 homens com média de 38,1 anos	WHOQOL-bref	A QV dos indivíduos ativos fisicamente se apresentou maior nos domínios ambiental, social, físico e psicológico
Rajati et al., (2018)	Avaliar a QV e seus preditores de PCDM Iranianas	294 PCDM entre 18-96 anos	SF-36	Atividade física, materiais de auxílio com a deficiência e depressão foram identificados como preditores da QV ($R^2=0,20$, $P < 0,0001$)

Nota: QV = Qualidade de Vida; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life, versão breve; SF-36 - Short-Form 36; WHOQOL-DIS - World Health Organization Quality of Life Disabilities; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Quadro 2.2 Resultados do estudo (em ordem alfabética) com descrição e características dos estudos da qualidade de vida de pessoas com deficiência motora da presente revisão sistemática. (continuação)

Referência	Objetivo da QV do estudo	População	Instrumento de mensuração	Desfecho em relação a QV
Sanchez et al., (2021)	Verificar os efeitos de um programa de treinamento resistido na autonomia e QV de pessoas com deficiência motora	Seis indivíduos com lesão medular entre 24 e 56 anos de ambos os sexos	WHOQOL-bref	O treinamento alterou os escores da QV. Domínio físico inicial era 56% e final 79,8%; domínio psicológico inicial 68,8% e final 88,9%; domínio social inicial 63,9% e final 80,6%; domínio ambiental inicial 61,1% e final 91,6%. QV geral passou de 66,7% para 91,7% e QV em saúde passou de 66,7% para 87,5%.
Sereno (2011)	Analisar fatores associados a resiliência em indivíduos com deficiência motora e a relação com bem-estar e QV	22 adolescentes e adultos de 10-19 anos	KIDSCREEN	Houve associação positiva entre resiliência, bem-estar e QV. Maiores inserções sociais apresentaram associação positiva com maiores escores da QV. A relação com os pares foi determinante para maiores escores de resiliência e QV.
Shublaq; Orsini; Puccioni-Sohler, (2011)	Avaliar a capacidade funcional e sua interferência na QV de indivíduos com paraparesia espástica tropical	30 adultos e idosos de 37-77 anos	SF-36	Observou-se menores escores nos domínios físico (14,7±8,7), emocional (18,9±33,5) e social (47,1±21,2). Identificou-se que as limitações em atividades da vida diárias comprometem os domínios social e afetivo.

Nota: QV = Qualidade de Vida; WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of Life, versão breve; SF-36 - Short-Form 36; WHOQOL-DIS - World Health Organization Quality of Life Disabilities; DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

2.4 DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática observou que dentre os estudos selecionados para a etapa final, sete utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF, três utilizaram o SF-36, um utilizou o GenCat, um o KIDSCREEN e um o WHOQOL-DIS, sendo os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-DIS instrumentos criados pela Organização Mundial da Saúde.

Diferentes estudos sobre validação de instrumentos indicam que a utilização de instrumentos adequados e validados conferem a pesquisa fidedignidade, proporcionando uma análise adequada de diferentes variáveis psicométricas (Guedes; Lopes, 2010; Vaz Junior et al., 2020). Nesse sentido, observa-se uma alta incidência de pesquisas que utilizam instrumentos adaptados, alterando as características dos instrumentos, ou até mesmo, aplicando-os para populações que não adequadas as instrumentalizações. Dessa forma, observa-se que muitas pesquisas apresentam vieses quanto a instrumentalização de questionários psicométricos apresentando resultados e conclusões errôneas.

Observa-se que dentre os estudos da avaliação da QV de PCDM, há uma incidência maior de estudos transversais quando comparados a outros delineamentos, como estudos longitudinais. Nesse sentido, grande parte dos estudos fazem uma observação de uma única unidade de medida, sem conseguir estabelecer relações de causa e efeito entre variáveis dependentes e independentes. No entanto, o estudo de Pupo, Almeida e Trenche (2021) indica que constructos multidimensionais sofrem influência do tempo e de contextos em que o indivíduo está inserido, sendo que estudos longitudinais são considerados de melhor qualidade e melhor desenvolvimento metodológico.

O estudo de Noce et al. (2023) seguiu o delineamento longitudinal, com dois grupos diferentes, no entanto, nenhum dos grupos foi exposto a intervenção, sendo o resultado das três avaliações mantidos entre os grupos, apresentando diferença entre os grupos, mas não entre os períodos. Nesse sentido, caso o estudo fosse epidemiológico, com um grande período entre as avaliações, os resultados poderiam ser mais expressivos, justificando não haver intervenção no estudo.

O WHOQOL-BREF, instrumento de maior aplicação dentre os estudos avaliados, é a versão abreviada do instrumento WHOQOL-100, composto por 100 questões. O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, as duas primeiras sobre QV global e Satisfação com a própria saúde e, as demais, divididas entre os domínios físico, psicológico, social e meio ambiente. Nesse sentido, observa-se que a aplicabilidade de versões reduzidas de instrumentos psicométricos torna-se muito mais viável e de fácil administração, otimizando o tempo de avaliação e apresentando as mesmas propriedades psicométricas que os instrumentos originais (Pupo; Almeida; Trenche, 2021)

Os instrumentos GenCat e WHOQOL-dis, aplicados nos estudos de Maestro-Gonzalez et al. (2018) e Lucas-Carrasco et al. (2018) respectivamente, são instrumentos especificamente desenvolvidos e validados para avaliar a QV de pessoas adultas com deficiência e, em ambos os casos, os autores apontam que os instrumentos são questionários multidimensionais e que seus componentes são influenciados por fatores ambientais, sociais e pessoais, assim como a interação entre tais diferentes componentes.

Quanto as amostras, há uma grande variabilidade do tamanho, sendo esse um fator que dificulta a comparação entre os estudos, apresentando uma variação entre seis e 294 indivíduos, identificados nos estudos de Sanchez et al. (2021) e Rajati et al. (2018), respectivamente. Ainda em relação as amostras dos estudos, observou-se que dentre os artigos inseridos na presente revisão houve uma grande variabilidade das idades, visto que os estudos de Sereno (2011) e Marinho e Vieira (2015) apresentam indivíduos com 10 anos de idade, enquanto o estudo de França et al. (2011) é composto por indivíduos de até 96 anos, sendo o estudo de Rajati et al. (2018) o que apresentou maior variabilidade dentre a própria amostra, a qual foi constituída por indivíduos entre 30 e 87 anos de idade.

Observa-se que a avaliação da QV é apontada por todos os estudos como constructo que pode auxiliar no estabelecimento de planos de ações para melhorias estruturais para PCDM, pois observa necessidades apontadas pelos próprios avaliados em diferentes âmbitos de suas vidas. O estudo de Othero e Ayres (2012) indica que as demandas indicadas pelos avaliados não estão diretamente relacionadas a magnitude do seu comprometimento funcional. Outros estudos indicam que os fatores associados ao estabelecimento da QV de pessoas com deficiência estão relacionados a família, produtividade, participação social e autonomia e protagonismo nos âmbitos pessoais e sociais (WHO, 1995; Schalock; Verdugo, 2007; Custódio, 2011; Barbosa, 2012).

Verificou-se que dentre os estudos inseridos na presente revisão de literatura há uma grande incidência de pesquisas brasileiras. Tal fato pode estar associado ao modelo multiprofissional implantado pelo Sistema Único de Saúde, um modelo de saúde assistencial, que auxilia na elaboração de ações públicas. Ademais, a alta incidência de pesquisas brasileiras sobre a temática pode estar associada ao aumento de pesquisas referentes a Psicologia Positiva no território nacional (Paludo; Koller, 2007; Pureza et al., 2012).

Observa-se que as pesquisas sobre QV direcionam para informações e indicadores associados a saúde global, inserções e eficiência dos indivíduos relacionados aos níveis de autonomia, serviços prestados, protagonismo da própria vida e decisão sobre os tratamentos da PCDM.

A presente pesquisa deparou-se com diferentes barreiras na sua elaboração, barreiras estas, principalmente, associadas a escassez de estudos de alta qualidade, principalmente, devido a aplicação de instrumentos não adaptados e/ou não validados para a população específica.

Ressalta-se que a partir dos presentes apontamentos da pesquisa, órgãos públicos podem compreender a importância de estabelecimento de políticas públicas para melhorias da saúde psicossocial de PCDM. Além disso, compreender a QV de PCDM de diferentes localizações possibilita que se consiga observar a influência sociocultural na variável psicométrica, potencializando a disseminação de diferentes modelos de políticas públicas para regiões e/ou países em que ainda não se tenha ações voltadas para essa população muitas vezes negligenciada.

2.5 CONCLUSÃO

A presente revisão de literatura indica a existência de diferentes instrumentos psicométricos que possibilitam avaliar a QV de indivíduos adultos com deficiência motora. Nesse sentido, tais instrumentos possibilitam olhar para além da QV fornecendo indicadores psicossociais e funcionais, potencializando um olhar holístico para o indivíduo.

Adicionalmente, o estado da arte demonstra que o WHOQOL-bref é o instrumento mais utilizado dentre os pesquisadores, aumentando a possibilidade de comparação de resultados entre os mesmos. No entanto ressalta-se que muitos estudos selecionados no processo inicial foram descartados por utilização de instrumentos não validados e/ou adaptados para a PCDM.

Ademais, observou-se dentre os estudos, que níveis mais elevados da QV estão associados a indivíduos com maiores níveis de funcionalidade e autonomia, indicando que estratégias terapêuticas físicas e psicológicas são de fundamental importância para melhoria e manutenção de tais indicadores, sendo de suma importância desenvolvimento de estratégias públicas para desenvolvimento da saúde integral de PCDM.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da>
- BREDEMEIER, J. et al. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. **BMC Public Health**. v. 14, n. 538, 2014.
- CHESANI, F. H. et al. A percepção de Qualidade de Vida de pessoas com deficiência motora: Diferenças entre cadeirantes e deambuladores. **Fisioterapia Pesquisa**. v. 25, n. 4, p. 418-424, Dez 2018.
- DIAZ, R. et al. Impacto f Adaptative Sports Participation on Quality of Life. **Sports Medicine and Arthroscopy Review**. v. 27, n. 2, p. 73-82, June 2019.
- DINIZ, D. **O que é deficiência**. 1 Ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- FRANCA, I. S. X. et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL- bref. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p.1364-1371, Dez 2011.
- GONZÁLEZ, S. et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatría**, v. 50, n. 1, p. 23-34, 2012.
- GUEDES, D. P.; LOPES, C. C. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 5, p. 840-850, 2010.
- JASPER, C. H. et al. Qualidade de Vida e consumo de alimentos de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis de Pessoas com Deficiência Física Adquirida. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**. v. 9, n. 2, p. 41-55, 2019.
- KIM, E. S. et al. Longitudinal Impact of Depression on Quality of Life in Stroke Patients. **Psychiatry Investigation**. v. 15, n. 2, p. 141-146, Feb 2018.
- LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Annals of Internal Medicine**, v.151, n.4, p.65-94, Aug. 2009.
- LUCAS-CARRASCO, R. et al. Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. **Neurodegener Disorders**. v. 8, n. 4, p. 178-186, 2011.

MAESTRO-GONZALEZ, A. et al. Quality of life as assessed by adults with cerebral palsy. **Plos ONE**. Feb 2018.

MAGNUSSON, L. et al. Quality of life of prosthetic and orthotic users in South India: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 17, n. 50, 2019.

MARINHO, C. L. A.; VIEIRA, S. C. M. Qualidade de vida em adolescentes com necessidades especiais em um município de Pernambuco. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 18, n. 1, p. 50-57, 2015.

MARTIN GINIS, K. A.; JÖRGENSEN, S.; STAPLETON. J. Exercise and sport for persons with spinal cord injury. **Public Management Review**. v. 4, p. 894–900, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, p. 7-18, 2000.

NOCE, F. et al. A influência do exercício físico na qualidade de vida de pessoas com deficiência física. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**. v. 12, n. 3, p. 272-288, 2023.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface – Comunicação & Saúde**. v. 16, n. 40, p. 219-233, 2012.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidéia**. v. 17, n. 36, p. 9-20, 2007.

PUPO, A. C.; DE ALMEIDA, K. V.; TRENCH, M. C. B. Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência: revisão sistemática da literatura. **Distúrbios da Comunicação**. v. 33, n.1, p. 124-140, 2021.

PUREZA, J. R., et al. Psicologia Positiva no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. v. 8, n. 2, p. 109-117, 2012.

RAJATI, F. et al. Quality of life predictors on physically disabled people. **Journal of Education and Health Promotion**. v. 7, n. 61, 2018.

SANCHEZ, G. C. et al. Treinamento Resistido para pessoas com Deficiência Física: Qualidade de vida, Autonomia e Independência. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**. v. 22, n. 1, p. 15-26, 2021.

SCHALOCK, R.; VERDUGO, M. E. L. Concepto de Calidad de Vida en Los Servicios y Apoyos para Personas con Discapacidad Intelectual. **Revista Espanhola sobre Discapacidad Intelectual**. v. 38, p. 21-36, 2007.

SERENO, Ana Cláudia Nunes. **Resiliência e adolescência: estudo da relação entre fatores de resiliência e a qualidade de vida em adolescentes com deficiência motora**. 2011. 193 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) Programa

de Pós Graduação em Educação Especial e Reabilitação pela Universidade de Lisboa; 2011.

SHUBLAQ, M.; ORSINI, M.; PUCCIONI-SOHLER, M. Implications of HAM/TSP functional incapacity in the quality of life. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v. 69, n. 2, p. 208-211, 2011.

SILVA, J. et al. Níveis insuficientes de atividade física de adolescentes associados a fatores sociodemográficos, ambientais e escolares. **Ciência & saúde coletiva**. v. 23, n. 12, p. 4277-4288, Dec. 2018.

VAZ JUNIOR, A. et al. Validação da versão brasileira do Physical Self-Description Questionnaire – Short. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**. v. 13, n. 2, online, 2020.

VON ELM, E. et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Preventive Medicine**. v.45, n.4, p.247-251, Oct. 2007.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**. v. 41, p. 1403-1410, 1995.

CAPÍTULO 3: METODOLOGIA

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Delineamento do estudo

O presente estudo transcorreu como um ensaio clínico randomizado de delineamento crossover ou cruzado, com três grupos de avaliação em paralelo. Nesse sentido, o primeiro grupo foi denominado grupo controle (GC) e não foi exposto a nenhum tipo de intervenção, o segundo grupo foi denominado “Intervenção 1” (ITV-1), este grupo participou de um programa de exercício físico que foi desenvolvido, inicialmente, uma vez na semana e, após seis semanas de intervenção, o grupo foi submetido ao período de washout de duas semanas, para que não houvesse contaminação dos efeitos desse período de intervenção no próximo período, no qual, o grupo passou a participar do programa de exercício físico duas vezes por semana, totalizando 18 sessões de treinamento. O terceiro grupo, denominado “Intervenção 2” (ITV-2), participou de um programa de exercício físico que ocorreu, inicialmente, duas vezes na semana e, após seis semanas de intervenção, este grupo também foi submetido ao período de washout e, posteriormente, o grupo passou a participar do programa de intervenção uma vez por semana, totalizando 14 semanas de intervenção.

Segundo a literatura, o objetivo do ensaio clínico randomizado é investigar e elucidar os efeitos de uma intervenção, direcionando para a eficácia e a segurança do protocolo (Thomas; Nelson; Silvermen, 2012). O período total de investigação foi de 14 semanas, contabilizando as avaliações, o período de familiarização, o período de washout e o treinamento. Os estudos do tipo crossover ou cruzado tem uma tendência a ser mais preciso ou mais robustos, pois os indivíduos são controlados por eles próprios, no entanto a amostra pode apresentar uma tendência a uma perda maior dos sujeitos da pesquisa (Nedel; Silveira, 2016; Marconi; Lakatos, 2000). O presente ensaio foi executado seguindo as recomendações do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Schulz et al., 2010) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas, segundo normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos sob o número 5.589.068.

3.2 População

A população foi constituída por voluntariedade, recrutada por conveniência dentre participantes do Programa Residência Inclusiva, da cidade de Londrina/PR, e programas associados aos mesmos e vinculados ao Instituto Flávia Cristina, também inseridos na cidade de Londrina/PR, através de carta convite (APÊNDICE I), a qual descreveu os objetivos, riscos e procedimentos envolvidos na pesquisa. Nesse sentido, os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II).

O Programa Residência Inclusiva é uma iniciativa multidisciplinar, que conta com psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e profissionais de educação física e está vinculado à Secretaria de Assistência Social de Londrina. O programa tem como objetivo atender pessoas com deficiência sem autonomia e amparo familiar e, por meio de suas práticas, desenvolver autonomia de seus participantes.

Foram recrutados para participar da pesquisa pessoas com deficiência motora, de 18 a 40 anos, não inseridos em programas de atividade física. Por fim, foi requisitado que os indivíduos preenchessem uma ficha de anamnese, possibilitando uma avaliação cuidadosa da elegibilidade dos participantes.

3.2.1 Critérios de inelegibilidade

A exclusão da pesquisa ocorreu nos casos dos indivíduos que não preencherem os questionários adequadamente. No entanto, para responder os questionários, a amostra contará com o apoio dos integrantes do GEAPS (Grupo de Estudos em Atividade Física, Psicologia e Saúde, da Universidade Estadual de Londrina), quando necessário. Adicionalmente, como critérios de descontinuação do estudo, serão excluídos da amostra indivíduos que não cumpram, no mínimo, 85% das atividades desenvolvidas.

3.3 Variáveis do projeto

O estudo foi estruturado em cinco fases, sendo elas a avaliação pré-intervenção, a primeira intervenção com a reaplicação da segunda avaliação

psicométrica ao final desta, o período de washout, a segunda intervenção e a reavaliação pós-intervenções. Para tanto, na primeira fase do estudo foram administrados questionários para descrição sociodemográfica, adicionado de um questionário para descrição da amostra, e os questionários de avaliação psicométrica de qualidade de vida, autoconceito físico, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida. Sequencialmente, a segunda fase do estudo constou de um programa de atividade física estruturado através do treinamento combinado adaptado do estudo de Mouad (2020) e, ao final deste período foi executada a segunda avaliação psicométrica. Posteriormente, os grupos foram submetidos ao washout, com a finalidade de que o primeiro período de intervenção não contaminasse o segundo período de intervenção. A quarta fase foi constituída da intervenção do programa de atividade física estruturado através do treinamento combinado, no entanto, cruzando os grupos quanto a exposição semanal. Por fim, na quinta fase do estudo, as variáveis qualidade de vida, autoconceito físico, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida, analisadas nos períodos pré-intervenção e ao final da primeira intervenção foram reavaliadas.

3.4 Variáveis de caracterização da população

3.4.1. Variável sociodemográfica

Com o intuito de conhecer aspectos socioeconômicos gerais foi utilizado o Questionário de Nível Socioeconômico ABEP (2022) (APÊNDICE III). Nessa perspectiva, os indivíduos serão estratificados quanto à cor da pele, região onde reside na cidade de Londrina (PR) e quanto ao grupo econômico, de acordo com as orientações propostas e descritas pelo próprio instrumento.

3.4.2 Questionário de característica da população

Juntamente com o questionário socioeconômico, foi administrado um questionário de características da amostra (APÊNDICE III), elaborado para o presente estudo, com a finalidade de conhecer melhor a população da investigação. Para tal, os participantes responderam as seguintes questões:

- 1- Já praticou atividade física?

- 2- Se praticou atividade física anteriormente, quando e qual atividade?
- 3- Se praticou atividade física anteriormente, qual o motivo da interrupção da atividade?
- 4- Você apresenta alguma doença crônica não transmissível?
- 5- Você faz uso de algum medicamento? Se sim, qual?
- 6- Apresenta qual deficiência? Há quanto tempo?
- 7- O que causou a deficiência?
- 8- Participa de algum programa de reabilitação?

3.5 Variáveis comportamentais

A fim de elucidar as respostas frente a diferentes exposições à prática de exercícios físicos, o presente projeto de pesquisa observou possíveis alterações da exposição de pessoas com deficiência motora frente a variáveis psicológicas.

3.5.1 Qualidade de vida

A análise da percepção da qualidade de vida foi estimada a partir do questionário WHOQOL-Dis (Bredemeier et al., 2014) (ANEXO I). O constructo é constituído por quatro dimensões referentes a qualidade de vida, denominadas capacidade física, bem-estar psicológico, relações sociais e meio ambiente, somado a uma quinta dimensão que analisa a qualidade de vida global, como o WHOQOL-bref (Fleck et al., 2000). No entanto, o WHOQOL-Dis apresenta em seus itens, questões específicas para pessoas com deficiências físicas e intelectuais.

O instrumento é de rápida aplicação, auto administrável e mensurável através de uma escala do tipo LIKERT que varia entre um e cinco pontos (Bredemeier et al., 2014). Nesse sentido, o questionário é constituído por 26 questões relacionadas à qualidade de vida, somadas à 13 questões denominadas de módulo de incapacidades.

A compreensão dos dados referentes à qualidade de vida foi obtida a partir da sintaxe das questões que compõem cada dimensão, variando em uma escala de quatro a 20, podendo ser remodelada para uma escala que varia de zero a 100 e, sendo considerados adequados índices mais elevados para todas as dimensões do constructo (Fleck et al., 2000; The WHOQOL Group, 1998).

3.5.2 *Autoconceito físico*

A variável autoconceito físico foi analisada pelo questionário Physical Self-Description Questionnaire – Short (PSDQ-S), validado para a população brasileira por Vaz Junior et al. (2020) (ANEXO II).

O PSDQ-S avalia o indivíduo em nove dimensões referentes ao âmbito físico, sendo elas, Aparência, Força, Resistência, Flexibilidade, Saúde, Gordura Corporal, Coordenação, Exercício Físico e Competência Esportiva, adicionadas de duas dimensões que refletem o contexto global, denominadas, Autoconceito Físico Global e Autoestima e mantém as propriedades psicométricas do PSDQ-S idealizado por Marsh et al. (2010).

Estudos indicam que este instrumento possui boas propriedades psicométricas em diferentes populações, sendo este, um instrumento auto administrável e de rápida aplicação, constituído por 40 afirmações, respondidas por uma escala LIKERT que oscila entre 1 e 6 (Vaz Junior et al., 2020; Marsh; Martin; Jackson, 2010). Dessa forma, cada dimensão é representada pela média das afirmações que a constituem e, serão adotados índices mais elevados como adequados, necessitando as questões 6, 9, 15, 17, 21, 24, 25, 32 e 39 de inversão da escala.

3.5.3 *Bem-estar subjetivo*

A análise do bem-estar subjetivo foi efetuada pelo instrumento Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), instrumento esse idealizado para a população brasileira por Albuquerque e Tróccoli (2004) (ANEXO III).

O EBES possui duas dimensões, a primeira que analisa a satisfação com a vida e, a segunda, que elucida os afetos positivos e negativos, subdivididas em um mesmo instrumento, sendo a dimensão satisfação com a vida composta por 15 afirmações, avaliadas por uma escala LIKERT que varia de um a cinco. Enquanto a dimensão “afetos positivos e negativos” constitui-se de 47 palavras referentes à sentimentos, sendo mensuradas, também, por uma escala LIKERT que oscila entre um a cinco.

A compreensão dos dados do bem-estar subjetivo foi obtida pelo resultado independente das três medidas (Afetos positivos, afetos negativos e satisfação com

a vida). Para tanto, escores adequados da medida são adotados quando a dimensão Afetos positivos obtém índice superior a três, a dimensão Afetos negativos, índice inferior a três e a dimensão satisfação com a vida índice maior que três (Henna, 2011; Albuquerque et al., 2004).

3.6 Protocolo de Treinamento

Fundamentado por diferentes estudos que analisaram os efeitos do treinamento combinado para a saúde de diferentes populações, foi prescrito um programa de treinamento combinado para os indivíduos, sendo considerados exercícios para o desenvolvimento de força e resistência aeróbia dos participantes (Mouad, 2020; Murlasits; Kneffel; Thalib, 2018; Gäbler et al., 2018). Para isto, o programa foi estruturado em 12 semanas de treinamento, adicionadas de duas semanas de washout, constituindo então 14 semanas de treinamento, com 18 sessões para o grupo ITV-1, sendo efetuada uma sessão semanal durante seis semanas iniciais e, posteriormente, duas sessões semanais nas seis últimas semanas, variando de 60 à 75 minutos cada sessão e, para o grupo ITV-2, o programa foi estruturado em 12 semanas de treinamento, adicionadas de suas semanas de washout, constituindo 18 sessões, sendo efetuadas duas sessões por semana durante as seis semanas iniciais e, posteriormente, uma sessão semanal nas seis últimas semanas, variando de 60 à 75 minutos. Adicionalmente, o grupo GC não foi exposto a nenhum tipo de intervenção e os grupos ITV-1 e ITV-2 foram orientados a não constituírem outros programas de atividade física.

Nesse sentido, as sessões foram estruturadas em quatro etapas, como descritas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Etapas das sessões de treino.

Etapa	Tipo de Treinamento	Tempo
1	Aquecimento	5-10 minutos
2	Treinamento de resistência aeróbia	10-15 minutos
3	Treinamento resistido	40-40 minutos
4	Volta à calma	5-10 minutos

Fonte: Próprio autor

Foram elaboradas fichas individuais de treinamento, estruturadas nos segmentos anterior e posterior, as quais foram desenvolvidas de acordo com a especificidade de cada indivíduo. Ademais, todas as sessões de treinamento foram devidamente acompanhadas e orientadas por participantes do Grupo de Estudos em Atividade Física, Psicologia e Saúde (GEAPS) e alunos do curso de educação física do Instituto de Ensino Superior de Londrina (INESUL) e, transcorreram na Arizona Cross, box de crossfit, localizada no centro da cidade de Londrina.

3.6.1 Aquecimento

A fim de se preparar o indivíduo para a prática de exercícios físicos e até mesmo atividades cotidianas, é fundamental que se aumente a temperatura corporal, possibilitando que os tecidos moles e articulações estejam aptos para o desenvolvimento das práticas (Sanchez et al., 2022). Nesse sentido, o estudo de Diano et al., (2022) indica que é fundamental que o corpo seja preparado através do aquecimento para um bom desempenho em práticas de exercícios físicos, melhorando, também, o repertório motor dos indivíduos.

Perante observações prévias, o aquecimento do presente estudo transcorreu através de atividades lúdicas e jogos cooperativos que foram determinados após a avaliação da ficha de anamnese dos participantes, tais como, competições de corrida, bola queimada coletiva e cabo de guerra.

3.6.2 Treinamento de Resistência aeróbia

O treinamento de resistência aeróbia transcorreu através de corrida de vai e vem em um espaço demarcado de 20 metros, e ciclo ergômetros dos tipos airbike e remo, os quais foram determinados após a avaliação da ficha de anamnese dos participantes.

O intuito das práticas foi manter a frequência cardíaca dos integrantes entre 60 e 89% da frequência cardíaca máxima (FC_{máx}), variando entre atividade física de moderada a alta intensidade (Pollock; Wilmore, 1990).

Para desenvolvimento das atividades, nas primeiras duas semanas o tempo de duração foi estipulado em cinco minutos, progredindo em um minuto a cada semana, chegando a dez minutos de atividade na sexta semana. Após o período de

washout, os praticantes iniciaram novamente as atividades aeróbias com o tempo de cinco minutos, progredindo em um minuto a cada semana, chegando a dez minutos de atividade na semana final do estudo.

Para controle da intensidade, os sujeitos utilizaram a escala de Borg, ou Percepção de Esforço Subjetivo. A escala de Borg apresenta variação de sete a 20, sendo os números menores relacionados à baixa intensidade do exercício ou fadiga e, os números maiores relacionados a intensidades mais elevadas ou fadiga. No entanto, a fim de facilitar a aplicabilidade, a escala foi adaptada em uma escala de zero a dez, mantendo índices menores associados à facilidade na prática e maiores à dificuldade.

Diferentes estudos apontam a Escala de Borg como uma ferramenta eficaz no intuito de se compreender o esforço percebido pelo indivíduo submetido a atividade física, possibilitando, também, estratégias para aumentar a intensidade e/ou qualidade da atividade (Tobase et al., 2023; Loss et al., 2017).

3.6.3 Treinamento de força

O programa de treinamento de força foi constituído de três mesociclos, compostos em todos os casos por dois treinamentos distintos, variando de seis a dez exercícios mono e multiarticulares, os quais foram determinados após análise minuciosa das fichas de anamnese.

No primeiro mesociclo, foram elaborados para a mesma sessão de treinamento exercícios que trabalhassem a maior gama de grupos musculares possíveis, com intervalos entre séries de um minuto e meio. O segundo mesociclo foi programado mantendo a gama de grupos musculares trabalhados, no entanto diminuindo o intervalo entre as séries para um minuto. Por fim, o terceiro mesociclo foi elaborado diminuindo o intervalo entre as séries, variando de 30 a 40 segundos.

A intensidade dos exercícios foi determinada pela utilização de percentuais de 1 RM, determinados previamente ao primeiro treino e, para estimativa foi adotada a fórmula proposta por Baechle et al. (2000), sendo volume total = séries x repetições x peso (kg).

Para o início do primeiro mesociclo, foi solicitado que os indivíduos executassem três series, de 12 repetições, a 50% de 1RM. O segundo mesociclo

realizou-se, inicialmente com três séries, de dez repetições, a 65% de 1RM. Por fim, o terceiro mesociclo iniciou com três séries, de oito repetições, a 80% de 1RM.

Durante a intervenção foram observadas e corrigidas, instantaneamente, amplitude de movimento, execução técnica, controle respiratório e velocidade de execução como proposto por Mouad (2020).

2.6.4 Volta à calma

A volta à calma foi realizada com técnicas de alongamento estático ativo e passivo, os quais proporcionam o aumento da flexibilidade, como demonstra estudos de Lopes et al., (2018). Como protocolo, será adotada orientação proposta por Behm e Chaouachi (2011), que indica a duração de 90 segundos de alongamento para melhorias de índices de flexibilidade.

3.7 Procedimentos de coleta

Os procedimentos de coleta aconteceram na Arizona, box de crossfit, nos mesmos espaços que transcorreram os treinamentos. As medidas foram realizadas por avaliadores experientes pertencentes ao GEAPS e, contou com a colaboração de estudantes dos cursos de Educação física da faculdade INESUL.

Inicialmente os 25 participantes foram distribuídos em três grupos, sendo: ITV-1: Grupo que fez atividade uma vez na semana durante as primeiras seis semanas e, após o período de washout, passou a fazer atividades duas vezes por semana por mais seis semanas; ITV-2: Grupo que fez atividade duas vezes por semanas durante seis semanas e, após o período de washout, o grupo passou a executar as atividades uma vez na semana durante seis semanas; GC: Grupo controle que apenas participou de rodas de conversa e reuniões com mesas de cafés.

As avaliações foram marcadas em dias diferentes dos treinamentos, sendo a avaliação pré-intervenção efetuada anteriormente ao primeiro treinamento, a segunda avaliação acontecendo durante o período de washout, após a sexta semana de intervenção e, a avaliação pós-intervenção posteriormente ao último dia de treinamento. O primeiro contato foi para explicar os protocolos da pesquisa, bem como riscos e expectativas do projeto e, em sequência, os participantes

responderam o instrumento de Estratificação de Risco (APÊNDICE IV), com a finalidade de identificar possíveis riscos à integridade física do sujeito quando submetido aos esforços físicos (AHA/ACSM, 1998), e, por fim, instrumentos de caracterização da amostra e questionários para avaliações psicométricas foram aplicados.

Ao final da sexta semana de intervenção, os participantes foram submetidos novamente à aplicação dos questionários para avaliação psicométrica e, posteriormente, os participantes foram submetidos ao período de washout, com o intuito de minimizar a contaminação da amostra no segundo período de intervenção.

Por fim, para fechamento do projeto, foram administrados os questionários psicométricos após a última sessão de treino do segundo bloco de intervenção física.

3.8 Controle de qualidade de dados

Para estimativa da qualidade dos dados, foram selecionados aleatoriamente aproximadamente 20% dos sujeitos, para realizar uma segunda série de medidas sucessivas, com intervalo de sete dias entre as medidas para verificar a reprodutibilidade das variáveis psicométricas. Nesse sentido, o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi utilizado para verificar a consistência das medidas.

3.9 Tratamento estatístico

Inicialmente, os dados foram digitados e organizados em uma planilha no *Software Microsoft Excel (Windows®)* e, subsequentemente, processados e armazenados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows Version 20.0)*.

A confiabilidade das medidas, obtida através da replicação dos questionários em parte da amostra, foi analisada pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI).

O teste de *Kolmogorov-Sminov* foi utilizado para verificação da distribuição dos dados e o teste de Levene para análise da homogeneidade das variâncias. Nesse sentido, para análise descritiva, foram realizadas tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-

padrão) para apresentação dos dados caracterização da amostra e para análises dos desfechos referentes às variáveis biológicas e psicológicas.

As comparações entre os grupos e entre os períodos de avaliação dentro do mesmo grupo das variáveis contínuas foi verificada pelas técnicas de medidas repetidas, ANOVA (tempo*grupo), seguida pela comparação múltipla com ajuste de Bonferroni. Enquanto $DELTA \% = [(PÓS - PRÉ) / PRÉ] \times 100$ representou a variação dos resultados obtidos entre os momentos pré e pós-intervenção, considerando que esta medida exprime a variação temporal ocorrida em decorrência da atividade física, tomando como *baseline* os valores iniciais obtidos.

Para analisar a associação o tempo de deficiência e as variáveis psicológicas foi utilizada a análise de covariância (ANCOVA). Assim, para indicativos de efeito de moderação, identificados através do índice de interação, foram considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$. Por fim, a análise de mediação foi realizada de acordo com os processos de Baron e Kenny (1986) e o teste de Sobel foi adotado para averiguar o efeito indireto. O nível de significância adotado será de 5%.

CAPÍTULO 4: ARTIGO ORIGINAL

PERCEPÇÃO DA SAÚDE PSICOLÓGICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA MEDIADAS PELA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: DESFECHOS DA QUALIDADE DE VIDA, AUTOCONCEITO FÍSICO E BEM-ESTAR SUBJETIVO.

RESUMO

A Qualidade de vida, o Autoconceito físico e o bem-estar subjetivo estão dentre as variáveis da psicologia positiva cada vez mais estudadas dentre pessoas com deficiência, pois exprimem as percepções que o indivíduo faz de si mesmo e de suas relações com as demais pessoas e ao meio ambiente, possibilitando identificar aspectos emocionais e cognitivos. Assim, o objetivo da pesquisa foi verificar alterações na qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo de adultos com deficiência motora, mediadas por diferentes frequências de prática de atividade física. Participaram do estudo 25 pessoas com diferentes deficiências motoras, entre 18 e 40 anos, estratificadas em três grupos distintos, Grupo Controle, ITV-1 (iniciou fazendo atividades uma vez na semana e após seis semanas passou a fazer atividades duas vezes por semana) e ITV-2 (iniciou fazendo atividades duas vezes na semana e após seis semanas passou a fazer atividades uma vez por semana). O período do estudo compreendeu 14 semanas, dentre intervenção, avaliações e período de washout. A Qualidade de vida foi avaliada por meio do WHOQOL-dis, o Autoconceito físico foi avaliado pelo PSDQ-S e o Bem-Estar Subjetivo foi analisado pelo EBES. Para caracterização da amostra e desfechos das variáveis psicológicas foram realizadas tabelas de frequência. A comparação entre grupos e entre períodos foi observada pela ANOVA (tempo*grupo), com ajuste de Bonferroni. A análise de $\Delta\% = [(POS - PRE) / PRE] \times 100$ identificou a variação dos resultados obtidos entre os momentos pré e pós-intervenção. A associação do tempo de deficiência e variáveis psicológicas foi obtida pela análise de covariância (ANCOVA) e a análise de mediação foi obtida pelo processo de Baron e Kenny e teste de Sobel. Foi adotado como nível de significância $p \leq 0,05$. Os resultados demonstraram que praticar atividades físicas duas vezes por semana tem resultados mais expressivos que uma vez por semana. Houve variação entre os momentos pré e pós, com $\Delta\% = 217\%$ na dimensão Relações sociais, $\Delta\% = 161\%$ na dimensão Autoestima e $\Delta\% = 209\%$ na dimensão Afetos negativos. Ademais observou-se que a atividade física foi moderadora das melhorias das percepções das três variáveis psicométricas estudadas, apresentando escores estatisticamente significativos ($p < 0,05$) em cinco análises observadas. O estudo conclui que a inserção de pessoas com deficiência motora em programas de atividades físicas impacta positivamente na Qualidade de vida, Autoconceito físico e bem-estar subjetivo mesmo que os indivíduos exerçam as práticas apenas uma vez por semana. No entanto, observou-se que a maior frequência semanal no programa de atividade física apresentou melhoras mais relevantes nas diferentes variáveis psicométricas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Deficiência; Pessoas com Deficiência; Adultos; Treinamento Físico.

4.1 INTRODUÇÃO

O estabelecimento da saúde é designado como uma condição humana decorrente de níveis adequados da associação entre aspectos físicos, sociais e psicológicas, os quais são suscetíveis a alterações que transitam por um contínuo entre polos positivos e negativos (Nahas, 2013). Desse modo, a compreensão da saúde depende da observação de um indivíduo e/ou uma população a partir de uma perspectiva holística, considerando as diferentes variáveis que constituem a saúde.

No que diz respeito à saúde psicológica, observa-se que diferenças culturais, diferentes teorias e, também, julgamento subjetivo são fatores a se salientar na observação desta variável (WHO, 2001). Este fato se explica pela complexidade observada na construção da saúde psicológica, a qual se demonstra influenciada pelas interações que o indivíduo constrói em seu cotidiano.

A literatura indica que a saúde psicológica pode ser mediada positivamente por diferentes práticas de atividades físicas. O estado da arte da atividade física aponta amplamente que esta prática proporciona inúmeros benefícios para seus praticantes, independentemente de faixa etária, classe social ou de condições físicas (Carvalho et al., 2021; Oliveira; Vinhas; Rabello, 2020; Wellichan; Santos, 2019).

Ao voltar os olhares especificamente para a atividade física praticada por pessoas com deficiência, os benefícios biológicos e motores são inegáveis e amplamente disseminados. Diferentes estudos corroboram que a atividade física praticada regularmente estimula e promove o desenvolvimento de força, equilíbrio, coordenação motora, além de reduzir quadros inflamatórios e de dor, atenuar deformidades e auxiliar na resistência pulmonar e cardiovascular (Wellichan; Santos, 2019; Rodrigues; Mussi; Almeida, 2014).

Gerals et al. (2019) e Weinberg e Gould (2017) indicam que, psicologicamente, a atividade física pode ser utilizada como tratamento não medicamentoso, prevenindo e tratando doenças psicológicas, otimizando diferentes constructos da Psicologia Positiva, como qualidade de vida, bem-estar subjetivo e as emoções. Nesse sentido, observa-se que a atividade física atua prevenindo e tratando sintomas de caráter biopsicossocial, otimizando as experiências positivas de pessoas com deficiência.

A saúde psicológica é um componente essencial do bem-estar geral das pessoas, sendo influenciada por diversos fatores, incluindo genética, ambiente,

estilo de vida e experiências sociais. Diferentes pesquisas apontam que compreender a Psicologia Positiva se faz tão importante quanto se aprofundar nos conhecimentos referentes as doenças psicológicas, visto que níveis adequados de diferentes constructos da Psicologia Positiva são, por si só, considerados como fator protetor para a saúde mental (Hernandez, 2019; Hogan et al., 2015). Dessa forma, constata-se que, dentre as variáveis da Psicologia Positiva, a Qualidade de Vida, o Bem-Estar Subjetivo e o Autoconceito Físico apresentam-se como medidas psicométricas importantes para a observação da saúde psicológica de pessoas com deficiência.

A literatura conceitua a qualidade de vida como a habilidade de viver sem doenças e na superação de desafios de condições ou de comorbidades (Silva et al., 2010). O estudo de Diaz et al. (2019) aponta que a prática de atividades físicas por pessoas com deficiência auxilia no estabelecimento de níveis adequados da qualidade de vida, fato que potencializa o estabelecimento da autonomia dos praticantes. Assim, pode-se considerar que níveis adequados da qualidade de vida auxilia que as pessoas convivam de forma mais branda com problemas, doenças ou limitações.

Complementarmente à qualidade de vida, o autoconceito físico é uma variável multidimensional que reflete a saúde psicológica através da percepção do “eu” e do bem-estar (Weinberg; Gould, 2017; Lemoyne et al., 2015). Esta variável demonstra uma afinidade direta do indivíduo com seu corpo e diferentes competências físicas (Tóth et al., 2019; Shapiro; Martin, 2010). Ademais, observa-se que além de refletir a saúde emocional do indivíduo, o autoconceito físico auxilia na averiguação de percepções dos fatores cognitivos, diretamente relacionados aos sentimentos, racionalidades e aprendizagem, como no modelo de saúde psicológica proposto por Hackfort (1994).

O estudo de Scarpa (2011) que avaliou o autoconceito físico de pessoas com e sem deficiência que praticavam e não praticavam atividade física observou que a prática em si se sobrepõe as próprias deficiências quanto a relevância para o estabelecimento de níveis adequados do constructo.

O bem-estar subjetivo é uma variável psicológica que busca compreender componentes cognitivos e emocionais e, segundo o estudo de Furtado (2011), este constructo apresenta possíveis relações com distintas variáveis psicológicas

referentes a autopercepções de indivíduos adultos inseridos no contexto da atividade física.

Estudos que buscam compreender a manifestação do bem-estar subjetivo não são recentes (Bedin; Sarriera, 2014; Furtado, 2011; Passareli; Silva, 2007; Campbell et al., 1976). Este constructo denota em avaliar com um único instrumento duas dimensões, sendo a primeira constituída por componentes afetivos (afetos positivos e afetos negativos) e a segunda associada à satisfação do indivíduo com a vida (aspectos cognitivos), avaliando a saúde psicológica (HENNA, 2011), adequando-se, assim como o autoconceito físico, no modelo proposto por Hackfort (1994).

Estudos indicam que pessoas com deficiência não buscam a prática de atividades físicas apenas para melhorias de parâmetros biológicos e motores, mas também por medidas terapêuticas, fatores pessoais, situacionais, emocionais ou comportamentais (Samulski, 2002; Escartí; Cervelló, 1994), sendo considerada uma estratégia facilitadora de inclusão (Noce; Simim; Melo, 2009).

Dados obtidos pelo IBGE nos anos de 2013 e 2019 demonstram que houve um aumento significativo na quantidade de pessoas com deficiência no território nacional. No ano de 2013, a Pesquisa Nacional em Saúde identificou que 6,2% dos brasileiros tem algum tipo de deficiência, enquanto em 2019 esse número saltou para 8,4%, sendo mais da metade desse total (4,9%) são de pessoas com deficiência motora (IBGE, 2019).

A socialização é um elemento vital na vida de qualquer pessoa, independentemente de suas habilidades ou características. No entanto, para pessoas com deficiência, a socialização pode apresentar desafios singulares devido a barreiras físicas, estigmas sociais, falta de oportunidades e pouco engajamento do poder público. Dessa forma, a prática regular de atividades físicas é apontada como fator que contribui para a saúde geral de pessoas com deficiência, oferecendo uma valiosa oportunidade de interação e inserção social.

Diferentes estudos demonstram a prática de atividade física como ferramenta de inserção social, a qual proporciona benefícios como redução do isolamento social, promoção de resiliência, apoio emocional e aumento da rede de suportes (Holt-Lunstad; Smith; Layton, 2010; Cacioppo; Hawkey, 2003). No entanto, diferentes órgãos públicos indicam que há uma grande dificuldade de iniciar ou manter a prática de atividades físicas de pessoas com deficiência, isso devido à

complexidade da organização de estratégias para a inserção de pessoas com deficiência em práticas de atividades físicas e, também, pelos elevados custos para o poder público para que pessoas com deficiência estejam inseridas nas práticas com frequências adequadas, visando melhorias na saúde.

Dessa forma, perante o exposto observando e por evidências do estudo de McCartan et al. (2020) sobre as relações entre a prática de atividade física e diferentes variáveis psicológicas, observou-se uma lacuna sobre a compreensão da associação de diferentes constructos psicológicos de pessoas com deficiência motora, mediados pela prática de atividade física em diferentes frequências.

Portanto, faz-se necessário compreender como pessoas com deficiência respondem psicologicamente a exposição à diferentes frequências de prática de atividades físicas. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo verificar alterações na qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo de adultos com deficiência motora, mediadas por diferentes frequências de prática de atividade física.

4.2 MÉTODOS

4.2.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa se caracteriza como um ensaio clínico randomizado de delineamento crossover, constituído por três grupos de avaliação em paralelo. O estudo seguiu as recomendações do CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (Schulz et al., 2010) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas, segundo normas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos sob o parecer número 5.589.068. Ademais, o estudo foi registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos.

4.2.2 População

A população foi constituída por 25 participantes entre 18 e 40 anos de idade do Programa Residência Inclusiva, da cidade de Londrina/PR, e programas associados aos mesmos e vinculados ao Instituto Flávia Cristina, também inserido na cidade de Londrina/PR. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II). Como critério de elegibilidade considerou-se indivíduos com deficiência motora não inseridos em programas de atividades físicas. Foram considerados como critério de inelegibilidade, indivíduos que não cumpriram, no mínimo, 85% das atividades desenvolvidas, o preenchimento inadequado dos questionários e questionários que não foram respondidos mais que 5% das informações como proposto por diferentes estudos (Marsh et al., 2010; Graham, 2009; Graham; Hofer, 2000).

4.2.3 Instrumentos

4.2.3.1 Caracterização da população

Para estratificação de aspectos gerais, a pesquisa utilizou o Questionário de nível socioeconômico ABEP (2022), adicionado de um questionário sobre deficiência (APÊNDICE III). Ambos com o objetivo de determinar aspectos socioeconômicos, de regionalidade e de cor da pele, além de determinar o tipo de deficiência dos indivíduos.

4.2.3.2 Qualidade de vida

A análise da percepção da qualidade de vida foi obtida através do questionário WHOQOL- Dis (Bredemeier et al., 2014) (ANEXO I). O instrumento contém cinco dimensões denominadas Capacidade Física, Bem-Estar Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e Qualidade de Vida Global, adicionadas a questões específicas para pessoas com deficiências físicas e intelectuais, denominadas de módulo de Incapacidades.

O instrumento é constituído por 26 questões referentes à qualidade de vida e 13 questões relacionadas as incapacidades, ambas mensuradas através de uma escala do tipo LIKERT que varia entre 1 e 5 (Bredemeier et al., 2014).

4.2.3.3 Autoconceito físico

O autoconceito físico foi mensurado pelo questionário Physical Self-Description Questionnaire – Short (PSDQ-S), validado para a população brasileira por Vaz Junior et al., (2020) (ANEXO II).

O PSDQ-S avalia o indivíduo em onze dimensões denominadas Aparência, Força, Resistência, Flexibilidade, Saúde, Gordura Corporal, Coordenação, Exercício Físico e Competência Esportiva, Autoconceito Físico Global e Autoestima. O PSDQ-S é constituído por 40 afirmações, respondidas por uma escala LIKERT entre 1 e 6 (Vaz Junior et al., 2020; Marsh; Martin; Jackson, 2010).

4.2.3.4 Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo foi avaliado através da Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), (Albuquerque; Tróccoli, 2004) (ANEXO III). O EBES é constituído por duas dimensões que analisam a satisfação com a vida, constituída por 15 questões, e os afetos positivos e negativos com a vida, composto por 47 palavras referentes à sentimentos, ambas avaliadas por uma escala do tipo LIKERT varia de 1 a 5.

4.2.4 Protocolo de Treinamento

Como prática de atividade física utilizou-se o Treinamento Combinado pelos benefícios apontados para diferentes populações (Mouad, 2020; Murlasits; Kneffel; Thalib, 2018; Gäbler et al., 2018). Para isto, o programa foi estruturado em 12 semanas de treinamento, adicionadas de duas semanas de washout. Os grupos foram denominados como “Grupo Controle” (GC), o qual participou apenas do preenchimento dos questionários, rodas de conversas e encontros com cafés, não sendo submetido a nenhum tipo de intervenção, grupo “Intervenção 1” (ITV-1), o qual foi exposto a prática de atividades físicas uma vez por semana durante seis semanas, posteriormente, submetido ao período de washout de duas semanas e, por fim, exposto a prática de atividades físicas duas vezes por semana por um período de seis semanas, totalizando 18 sessões de atividades físicas. O grupo “Intervenção2” (IVT-2) foi exposto a prática de atividades físicas duas vezes por semana durante seis semanas, posteriormente, o grupo foi submetido ao período de

washout de duas semanas e, por fim, exposto a prática de atividades físicas uma vez por semana por um período de seis semanas, totalizando 18 sessões de atividades físicas. As sessões variaram de 60 a 75 minutos e os indivíduos foram orientados a não constituírem outros programas de atividade física.

Foram elaboradas fichas individuais de treino, estruturadas nos segmentos anterior e posterior, as quais foram desenvolvidas de acordo com a especificidade de cada indivíduo.

As sessões de treinamento eram compostas por Aquecimento (5 a 10 minutos), Treinamento de Resistência Aeróbia (10 a 15 minutos), Treinamento Resistido (40 minutos) e Volta à calma (5 a 10 minutos).

4.2.4.1 Aquecimento

O aquecimento do presente estudo ocorreu através de atividades lúdicas e jogos cooperativos, como, competições de corrida, bola queimada coletiva e cabo de guerra. Nessa fase, a comunicação, desenvolvimento de trabalho em grupo e socialização eram estimulados com a finalidade de promover socialização entre os participantes.

4.2.4.2 Treinamento de Resistência aeróbia

O treinamento de resistência aeróbia foi desenvolvido através de corrida de vai e vem em um espaço demarcado de 20 metros e ciclo ergômetros dos tipos airbike e remo. Para o desenvolvimento das atividades os participantes mantiveram a frequência cardíaca dos exercícios entre 60 e 89% da frequência cardíaca máxima (FC_{máx}). As atividades foram progressivas quanto a duração, iniciando em cinco minutos na primeira semana e chegando a dez minutos na sexta semana, retornando a cinco minutos após o período de washout e progredindo novamente até dez minutos.

Para controle da intensidade utilizou-se a escala de Borg, ou Percepção de Esforço Subjetivo com adaptação para uma escala de zero a dez para melhor compreensão dos participantes.

4.2.4.3 Treinamento de Força

O treinamento de força foi constituído de três mesociclos, compostos por dois treinos distintos, variando de seis a dez exercícios mono e multiarticulares.

No primeiro mesociclo, optou-se por trabalhar a maior gama de grupos musculares possíveis, com intervalos entre séries de um minuto e meio. O segundo mesociclo manteve a gama de grupos musculares trabalhados, no entanto, diminuiu-se o intervalo entre as séries para um minuto. O terceiro mesociclo foi elaborado diminuindo o intervalo entre as séries, variando de 30 a 40 segundos e mantendo a ativação de diferentes grupos musculares.

Para o início do primeiro mesociclo, foi solicitado que os indivíduos executem três séries, de 12 repetições, a 50% de 1 Repetição Máxima (RM), o segundo mesociclo foi composto por três séries, de dez repetições, a 65% de 1RM e o terceiro mesociclo foi composto por três séries, de oito repetições, a 80% de 1RM.

4.2.4.4 Volta à calma

As atividades de volta à calma desenvolvidas foram técnicas de alongamento estático ativo e passivo e técnicas de respiração e relaxamento orientadas e acompanhadas de músicas para potencializar a volta à calma.

4.2.5 Coletas de dados

A princípio, os 25 participantes foram separados em três grupos, sendo: ITV-1: Grupo que fez atividade física uma vez na semana durante as primeiras seis semanas e, após o período de washout, passou a fazer atividades físicas duas vezes por semana por mais seis semanas; ITV-2: Grupo que fez atividade física duas vezes por semanas durante seis semanas e, após o período de washout, o grupo passou a executar as atividades físicas uma vez na semana durante seis semanas; GC: Grupo controle que apenas participou de rodas de conversa e reuniões com mesas de cafés.

As coletas de dados foram realizadas em três momentos distintos. No primeiro momento os participantes preencheram os questionários de caracterização da amostra e os questionários psicométricos WHOQOL-bref, PSDQ-S e EBES. A

segunda coleta ocorreu após a sexta semana de treinamento, antes de iniciar o período de washout, a qual foram reaplicados os questionários psicométricos WHOQOL-bref, PSDQ-S e EBES.

Após o período de washout, o grupo ITV-1, que fazia atividades físicas uma vez na semana passou a praticar as atividades duas vezes por semana e, o grupo ITV-2, que praticava atividades físicas duas vezes por semana passou a praticá-las uma vez por semana. Por fim, a última coleta ocorreu um dia após a décima oitava sessão de cada grupo, sendo novamente administrados os questionários psicométricos WHOQOL-bref, PSDQ-S e EBES. Todas as coletas foram acompanhadas pelos pesquisadores e funcionários do Programa Residência Inclusiva e foram efetuadas na academia de Crossfit Arizona Cross, local onde ocorreram as sessões de treinamento.

4.2.6 Confiabilidade dos Dados

Fleiss (1981) recomenda que questionários utilizados em pesquisas sejam avaliados em momentos distintos para que seja analisada a confiabilidade das medidas, visto que, diferentes grupos podem demonstrar alterações nos resultados, o que não torna tais dados confiáveis.

Dessa forma, os questionários foram aplicados e replicados em parte dos participantes para obter a consistência interna das medidas, obtidas pelo coeficiente de correlação intraclasse (CCI).

Nesse sentido, cinco indivíduos foram selecionados aleatoriamente e submetidos a aplicação dos questionários em dois momentos distintos com intervalo de sete dias e, posteriormente, tais dados foram analisados pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse. Após a análise dos dados, considerou-se o modelo proposto por Fleiss (1981), o qual indica adequação de dados, quando $CCI > 0,75$. Dessa forma, os dados demonstram que em todas as dimensões avaliadas, dos três diferentes instrumentos, houve adequação para a amostra avaliada, como observado na Tabela 4.1, apresentada a seguir.

Tabela 4.1 Escores dos Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCI) obtidos dos questionários de Qualidade de vida (WHOQOL- Dis), de Autoconceito físico Physical Self-Description Questionnaire – Short (PSDQ-S) e de Bem-Estar Subjetivo (EBES).

Questionários	Dimensões	CCI (r)	Força de Concordância
WHOQOL-dis		0,82	Excelente
	Capacidade física	0,92	Excelente
	Bem-estar psicológico	0,77	Excelente
	Relações sociais	0,79	Excelente
	Meio ambiente	0,88	Excelente
	Qualidade de vida global	0,83	Excelente
PSDQ-S	Módulo incapacidades	0,81	Excelente
		0,84	Excelente
	Aparência	0,93	Excelente
	Força	0,78	Excelente
	Resistência	0,76	Excelente
	Flexibilidade	0,81	Excelente
	Saúde	0,91	Excelente
	Gordura corporal	0,81	Excelente
	Coordenação	0,88	Excelente
	Exercício físico	0,79	Excelente
	Competência esportiva	0,88	Excelente
	Autoconceito físico global	0,84	Excelente
	Autoestima	0,76	Excelente
	EBES		0,79
Satisfação com a vida		0,91	Excelente
Afetos positivos		0,77	Excelente
Afetos negativos		0,76	Excelente

Nota: WHOQOL-dis = World Health Organization Quality of Life – Disabilities; PSDQ-S= Physical Self-Description Questionnaire – Short; EBES= Escala de Bem-Estar Subjetivo.

4.2.7 Tratamento Estatístico

Para análise da distribuição dos dados foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Sminorv* e o teste de Levene foi utilizado para análise da homogeneidade das variâncias. As análises descritivas estão apresentadas por tabelas de frequência,

medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão) para apresentação dos dados caracterização da amostra e para análises dos desfechos referentes às variáveis biológicas e psicológicas.

A técnica de ANOVA (tempo*grupo) com ajuste de Bonferroni foi aplicada para comparação entre os grupos e entre os períodos de avaliação das variáveis contínuas. A variação dos resultados entre as três avaliações foi obtida pelo DELTA % = $[(PÓS - PRÉ) / PRÉ] \times 100$.

A análise de covariância (ANCOVA) foi utilizada para analisar a associação do tempo de deficiência com as variáveis psicológicas. Para indicativos de efeito de moderação, identificados através do índice de interação considerou-se estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

Os processos de Baron e Kenny (1986) foi utilizado para análise de mediação e o teste de Sobel foi utilizado para averiguar o efeito indireto. O nível de significância adotado será de 5%.

4.3 RESULTADOS

A fim de compreender as características descritivas da população, a Tabela 4.2, possibilita observar que, dentre os homens, observou-se média de idade de 31,03 anos, enquanto dentre as mulheres, média de idade de 28,72 anos, além disso, tanto para homens, quanto para mulheres houve predominância de indivíduos de cor parda e, a maior parte dos indivíduos pertencia à classe C para ambos os grupos.

Ainda quanto as características descritivas, a amostra total apresentou média de idade de 29,67 anos. Fizeram parte do estudo quatro indivíduos com amputação, correspondendo a 16% da amostra, seis indivíduos com paraplegia, representando 24% da amostra, sete indivíduos com paralisia cerebral sem déficit cognitivo, equivalendo a 28% dos participantes e oito indivíduos com hemiparesia, correspondendo a 48% da amostra. Ademais, observou-se que 16 participantes (64%) obtinham deficiência adquirida, enquanto nove participantes (36%) tinham deficiência congênita.

Tabela 4.2 Frequência das características descritivas da amostra, levando em consideração: cor da pele, idade e nível socioeconômico.

Variáveis	Homens (n=10)	Mulheres (n=15)	P
Idade	31,03 ± 7,42	28,72 ± 4,98	0,458
Cor da pele			
Parda/Morena (%)	60,00	73,33	0,726
Preta (%)	30,00	20,00	0,512
Branca (%)	10,00	6,67	0,654
Amarela (%)	-	-	-
Nível econômico			
A (%)	-	6,67	<0,001
B (%)	10,00	6,67	0,438
C (%)	90,00	86,66	0,873
D-E (%)	-	-	-

Nota: M = Média; A = Nível econômico considerado elevado; B/C = Nível econômico considerado médio; D-E = Nível econômico considerado baixo; P = significância estatística referente às comparações pelo teste t de *Student* independente e teste Mann-Whitney; Valores em negrito apresentaram valores de comparação estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

A Tabela 4.3 apresenta os efeitos da exposição a prática de atividades físicas sobre as variáveis psicométricas nos diferentes momentos do estudo, caracterizados como Pré-intervenção, Washout e Pós-intervenção, mensurando análises entre grupos e intragrupos. O grupo ITV-1 obteve melhora significativa dos escores em todos os itens do WHOQOL-dis, em nove das 11 dimensões do PSDQ-S e duas das três dimensões do EBES. Enquanto o grupo ITV-2 obteve melhora significativa dos escores em todas as dimensões do WHOQOL-dis, em cinco das 11 dimensões do PSDQ-S e em duas das três dimensões do EBES. Ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ITV-1 e ITV-2 em cinco das 18 comparações no WHOQOL-dis, em seis das 33 comparações do PSDQ-S e não se observou diferença estatisticamente significativa em nenhuma das nove comparações do EBES entre os grupos.

Na tabela os dados apresentados no momento “pré” se referem as avaliações efetuadas no início dos estudos, antes de qualquer tipo de intervenção, o momento denominado “washout” diz respeito as avaliações efetuadas após as primeiras seis semanas de atividades, antes que houvesse o cruzamento dos grupos e, o momento denominado “pós” condiz com a avaliação após a inversão das frequências de exposição das atividades, executada em encontro posterior a décima oitava sessão de treino dos grupos ITV-1 e ITV-2.

Tabela 4.3 Comparação das variáveis psicométricas qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo por grupos nos momentos pré, washout e pós-intervenção.

Variáveis	Momento	GC	ITV-1	ITV-2
WHOQOL-dis (0-100)				
Capacidade física	Pré	21,31±16,2	32,7±11,32	28,72±7,36
	Washout	31,1±12,1	41,81±7	43,75±11,61
	Pós	28,36±8,61	72,51±11,47 ^ω	51,47±8,34 ^{*ω}
Bem-estar psicológico	Pré	31,46±12,73	35,34±8,2	27,61±11,74
	Washout	33,4±11,23	52,7±16,28	63,71±6,48
	Pós	36,45±11,82	85,41±16,34 ^ω	52,91±20,16 [*]
Relações sociais	Pré	28,6±8,72	26,64±11,71	26,13±4,31
	Washout	25,94±11,63	61,41±7,12	49,12±11,6 [*]
	Pós	26,88±9,83	84,11±13,12 ^ω	62,9±18,21 ^{*ω}
Meio ambiente	Pré	31,6±10,62	31,28±8,12	33,11±12,37
	Washout	24,76±9,76	51,29±12,36	49,56±21,8
	Pós	25,61±16,2	72,14±11,2 ^ω	70,62±4,75 ^ω
Qualidade de vida global	Pré	28,46±12,11	46,31±3,1	38,61±16,2
	Washout	34,12±6,41	62,45±16,2	65,37±6,75
	Pós	31,91±9,64	82,1±14,43 ^ω	53,64±10,13 [*]
Módulo incapacidades	Pré	40,36±7,16	38,15±12,73	41,32±8,65
	Washout	35,77±10,19	43,21±8,31	48,95±12,77
	Pós	33,75±7,15	62,48±11,61 ^ω	65,61±15,4 ^ω
PSDQ-S (1-6)				
Aparência	Pré	3,08±1,2	2,34±0,81	2,94±1,16
	Washout	2,84±0,87	2,12±1,3	3,42±0,91
	Pós	2,77±0,92	2,81±1,61	3,27±0,84
Força	Pré	1,89±0,77	2,45±1,91	3,02±0,91
	Washout	2,63±0,43	3,2±0,81	4,16±1,21
	Pós	2,12±1,01	4,83±0,82 ^ω	3,41±1,84 [*]
Resistência	Pré	2,47±0,82	2,16±0,92	3,11±0,82
	Washout	3,01±0,77	2,11±1,2	4,23±0,7 [*]
	Pós	2,07±1,01	2,83±1,82	4,81±0,48 ^{*ω}
Flexibilidade	Pré	1,37±0,11	1,26±0,34	2,03±0,85
	Washout	1,84±0,37	2,16±1,31	1,98±0,42
	Pós	1,92±0,58	2,34±0,85 ^ω	2,24±1,02

Nota: Dados apresentados por Média e Desvio Padrão; * = Diferença estatisticamente significativa entre os grupos ITV-1 e ITV-2, com $p < 0,05$; ^ω = Diferença estatisticamente significativa entre os momentos Pré X Washout X Pós, dentro do mesmo grupo, com $p < 0,05$; ITV-1 = Grupo Intervenção 1; ITV-2 = Grupo Intervenção 2; WHOQOL-dis = World Health Organization Quality of Life – Disabilities; PSDQ-S = Physical Self-Description Questionnaire – Short; EBES = Escala de Bem-Estar Subjetivo.

Tabela 4.3 Comparação das variáveis psicométricas qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo por grupos nos momentos pré, washout e pós-intervenção (Continuação).

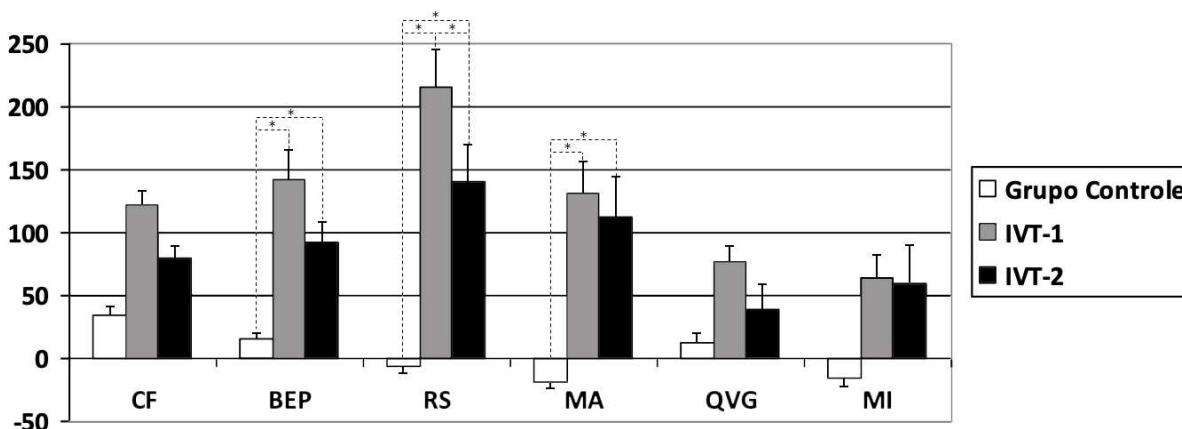
Variáveis	Momento	GC	ITV-1	ITV-2
Saúde	Pré	1,89±0,27	2,45±1,91	2,02±0,7
	Washout	2,55±0,83	3,11±0,81	3,66±1,36
	Pós	2,82±1,46	4,93±0,82 ^ω	4,83±0,46 ^ω
Gordura corporal	Pré	2,77±0,82	2,16±0,92	2,61±0,27
	Washout	3,11±1,08	3,11±1,2	3,63±0,66
	Pós	2,14±0,95	3,83±1,82 ^ω	3,71±1,2 ^ω
Coordenação	Pré	1,48±0,11	1,77±0,34	2,28±1,2
	Washout	2,16±0,37	2,16±1,31	3,11±0,72
	Pós	1,92±0,58	4,34±0,85 ^ω	4,21±1,8 ^ω
Exercício físico	Pré	1,89±0,77	2,45±1,91	2,94±1,16
	Washout	2,63±0,43	3,2±0,81	3,42±0,91
	Pós	2,12±1,01	4,83±0,82 ^ω	3,27±0,84*
Competência esportiva	Pré	2,47±0,82	2,79±1,91	2,03±0,85
	Washout	2,01±0,77	3,11±0,88	1,98±0,42*
	Pós	2,07±1,01	4,13±1,21 ^ω	2,24±1,02*
Autoconceito físico global	Pré	2,82±1,46	2,11±0,37	1,98±0,34
	Washout	2,77±0,82	2,97±1,62	3,15±0,88
	Pós	3,11±1,08	4,77±0,82 ^ω	4,92±0,42 ^ω
Autoestima	Pré	2,47±0,82	1,88±0,36	2,34±0,75
	Washout	3,01±0,77	3,11±1,2	2,87±1,66
	Pós	2,07±1,01	5,03±0,81 ^ω	3,37±0,41*
EBES (1-5)				
Satisfação com a vida	Pré	2,63±0,43	2,31±0,81	2,86±0,24
	Washout	2,12±1,01	2,86±1,12	2,77±0,61
	Pós	2,47±0,82	4,09±0,76 ^ω	3,98±0,1,24
Afetos positivos	Pré	2,55±0,83	1,89±0,88	2,36±0,91
	Washout	2,82±1,46	3,34±0,27	3,67±1,06
	Pós	2,77±0,82	4,14±0,51 ^ω	4,27±0,47 ^ω
Afetos negativos	Pré	4,12±0,35	3,04±0,88	3,76±0,36
	Washout	3,57±0,81	2,15±1,31	2,41±0,97
	Pós	3,76±1,23	2,47±0,71	1,67±1,4 ^ω

Nota: Dados apresentados por Média e Desvio Padrão; * = Diferença estatisticamente significativa entre os grupos ITV-1 e ITV-2, com $p < 0,05$; ^ω = Diferença estatisticamente significativa entre os momentos Pré X Washout X Pós, dentro do mesmo grupo, com $p < 0,05$; ITV-1 = Grupo Intervenção 1; ITV-2 = Grupo Intervenção 2; WHOQOL-dis = World Health Organization Quality of Life – Disabilities; PSDQ-S = Physical Self-Description Questionnaire – Short; EBES = Escala de Bem-Estar Subjetivo.

Os dados da Tabela 4.3 demonstram que, no momento denominado “washout” o grupo ITV-1 tinha sido exposto a seis sessões de atividades físicas (frequência de uma vez por semana), enquanto o grupo ITV-2 havia sido exposto a 12 sessões de atividades físicas (frequência de duas vezes na semana) e, após esse momento, o grupo ITV-1 foi exposto a 12 sessões de atividades (frequência de duas vezes por semana), enquanto o grupo ITV-2 foi exposto a 6 sessões de atividades (frequência de uma vez por semana), totalizando ao final do estudo 18 sessões de atividades físicas para ambos os grupos. Ressalta-se que o grupo GC, esteve presente nos momentos das avaliações e nos momentos de confraternizações entre os participantes, sendo três momentos de avaliações e seis momentos de confraternizações.

A Figura 4.1 apresenta os valores do Delta (%) da qualidade de vida, ou seja, a variação relativa entre pré e pós-intervenção ocorrida em detrimento das práticas de atividades físicas. Observou-se diferença estatisticamente significativo nas dimensões Bem-estar psicológico, Relações sociais e Meio ambiente.

Figura 4.1 Delta (%) das dimensões da qualidade de vida do instrumento WHOQOL-dis dos grupos do presente estudo.

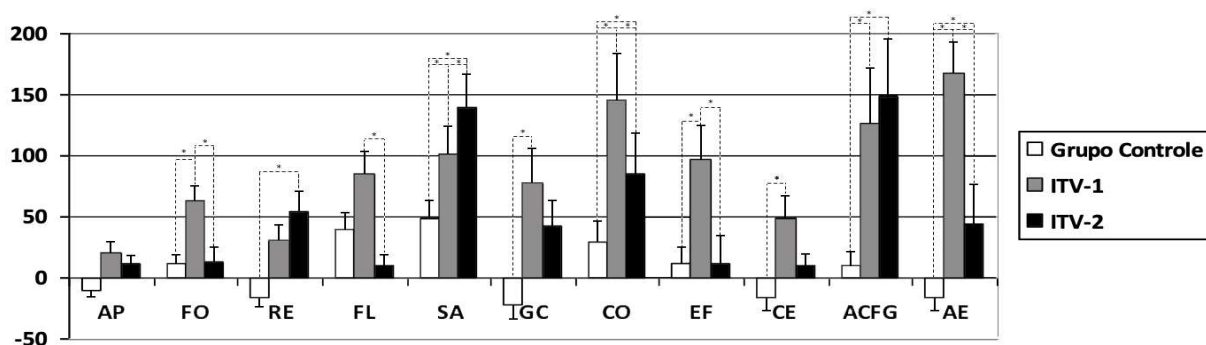


Nota: CF= Capacidades físicas; BEP= Bem-estar psicológico; RS= Relações sociais; MA= Meio ambiente; QVG= Qualidade de vida geral; MI= Módulo incapacidades. *= Diferença estatisticamente significativo ($P < 0,005$).

Fonte: Dados da Pesquisa

A Figura 4.2 demonstra os valores do Delta (%) do autoconceito físico, ou seja, a variação relativa entre pré e pós-intervenção ocorrida em detrimento das práticas de atividades físicas. Observou-se diferença estatisticamente significativa nas dimensões Autoestima, Autoconceito físico global, Coordenação e Saúde.

Figura 4.2 Delta (%) das dimensões do autoconceito físico do instrumento PSDQ-S dos grupos do presente estudo.

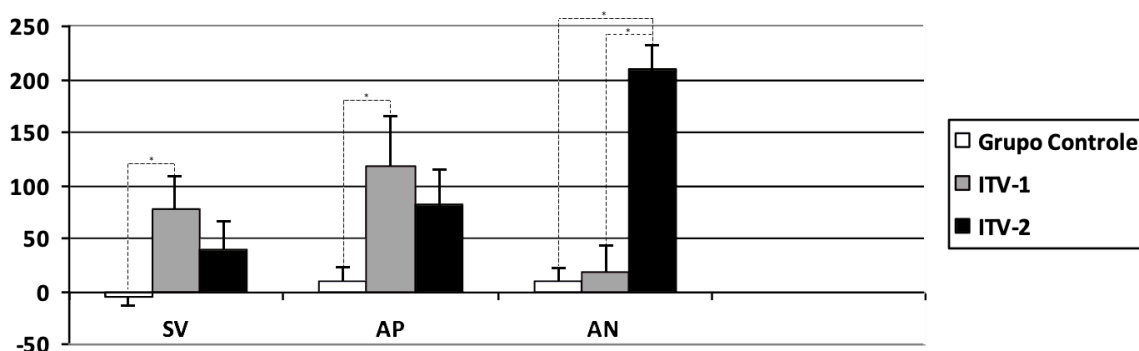


Nota: AP= Aparência; FO= Força; RE= Resistência; FL= Flexibilidade; SA= Saúde; GC= Gordura corporal; CO= Coordenação; EF= Exercício físico; CE= Competência esportiva; ACFG= Autoconceito físico global; AE= Autoestima.

Fonte: Dados da Pesquisa

A Figura 4.3 indica os valores do Delta (%) do bem-estar subjetivo, ou seja, a variação relativa entre pré e pós-intervenção ocorrida em detrimento das práticas de atividades físicas. Observou-se diferença estatisticamente significativa nas dimensões Autoestima, Autoconceito físico global, Coordenação e Saúde.

Figura 4.3 Delta (%) das dimensões do bem-estar subjetivo do instrumento EBES dos grupos do presente estudo.



Nota: SV= Satisfação com a vida; AP= Afetos positivos; NA= Afetos negativos.

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 4.4 estão apresentados os resultados de análise de covariância (ANCOVA) referentes à avaliação do efeito da interação entre tempo e prática de atividades físicas sobre as dimensões dos questionários psicométricos WHOQOL-

dis, PSDQ-S e EBES. Dessa forma foram gerados modelos independentes para cada dimensão de cada um dos instrumentos psicométricos.

Tabela 4.4 Resultados do modelo de análise de covariância (ANCOVA) tendo as dimensões dos questionários WHOQOL-dis, PSDQ-S e EBES como variáveis dependentes.

Dimensões	T	Nível de significância (P valor)		SQ	GL	F	P valor	SQ erro	R ²
		AF	T						
WHOQOL-dis									
Capacidade física	0,008*	0,001*	0,47	2042,31	2	23,15	0,423	109221,11	0,26
Bem-estar psicológico	0,23	0,000*	0,148	7125,69	2	8,36	0,124	86110,24	0,31
Relações sociais	0,027*	0,025*	0,043*	12331,11	2	11,94	0,043*	160371,51	0,08
Meio ambiente	0,176	0,072	0,513	35017,43	2	16,45	0,081	134420,61	0,27
Qualidade de vida global	0,000*	0,048*	0,146	12331,11	2	6,34	0,157	57116,59	0,10
Módulo incapacidades	0,000*	0,611	0,211	35017,43	2	124,36	0,094	218341,02	0,21
PSDQ-S									
Aparência	0,072	0,0531	0,547	17125,15	2	21,62	0,348	126110,42	0,22
Força	0,142	0,000*	0,367	21331,18	2	33,91	0,122	140371,14	0,31
Resistência	0,221	0,036*	0,459	15017,72	2	12,05	0,467	84420,11	0,22
Flexibilidade	0,164	0,127	0,612	7125,69	2	7,92	0,245	117116,72	0,11
Saúde	0,431	0,006*	0,147	22331,11	2	15,13	0,198	188341,15	0,21
Gordura corporal	0,345	0,025*	0,165	16017,43	2	76,15	0,723	94110,61	0,30
Coordenação	0,195	0,083	0,237	2331,18	2	16,54	0,354	111371,11	0,21
Exercício físico	0,421	0,048*	0,159	34017,92	2	90,12	0,158	243420,07	0,14
Competência esportiva	0,661	0,611	0,267	11425,16	2	42,63	0,142	165116,34	0,10
Autoconceito físico	0,174	0,023*	0,364	12331,05	2	12,75	0,067	137341,02	0,16
Autoestima	0,249	0,000*	0,146	17125,26	2	57,12	0,087	127341,15	0,24
EBES									
Satisfação com a vida	0,431	0,006*	0,147	22331,11	2	15,13	0,368	188341,15	0,21
Afetos positivos	0,345	0,025*	0,165	16017,43	2	76,15	0,457	94110,61	0,30
Afetos negativos	0,142	0,043*	0,547	17125,15	2	21,62	0,076	126110,42	0,25

Nota: *valores estatisticamente significativos; SQ= Soma dos quadrados do modelo; GL= Graus de liberdade; F = Estatística F (ANCOVA); SQ erro= Soma dos quadrados do erro do modelo; P valor do tempo; R²= Coeficiente de determinação; T= Tempo; AF= Atividade física; WHOQOL-dis = World Health Organization Quality of Life – Disabilities; PSDQ-S = Physical Self-Description Questionnaire – Short; EBES = Escala de Bem-Estar Subjetivo.

Considerando a importância da prática de atividade física para a manutenção da qualidade de vida, autoconceito físico e bem-estar subjetivo em pessoas com deficiência motora, buscou-se testar a hipótese de que a relação entre o estabelecimento de níveis adequados das diferentes variáveis psicométricas

referentes a Psicologia Positiva poderia estar mediada pela prática de atividade física. Dessa forma, foi realizada uma análise de regressão hierárquica para o teste de mediação proposto pelo modelo de modelo de Baron e Kenny (1986), o qual indica que o mediador é definido como uma variável que media a relação entre a variável preditora e a variável de resultado, ou seja, o mediador é o mecanismo pelo qual o preditor influencia a variável de resultado, o qual está apresentado nas Figuras 4.4, 4.5 e 4.6.

Figura 4.4 Coeficientes beta estandardizados do modelo de mediação da atividade física entre as dimensões da Qualidade de vida (Capacidades físicas, Bem-estar psicológico e Relações sociais) e Qualidade de vida global.

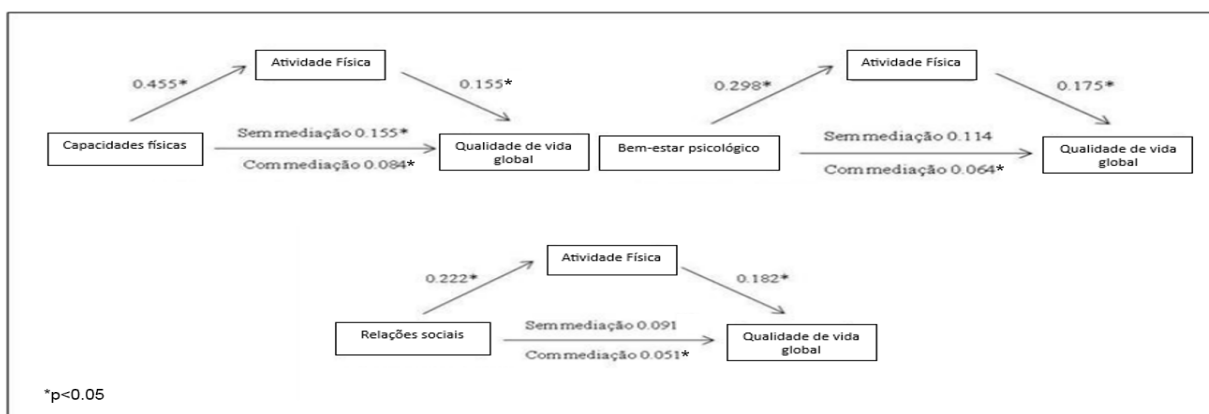


Figura 4.5 Coeficientes beta estandardizados do modelo de mediação da atividade física entre as dimensões do Autoconceito físico (Saúde e Autoestima) e Autoconceito físico global.

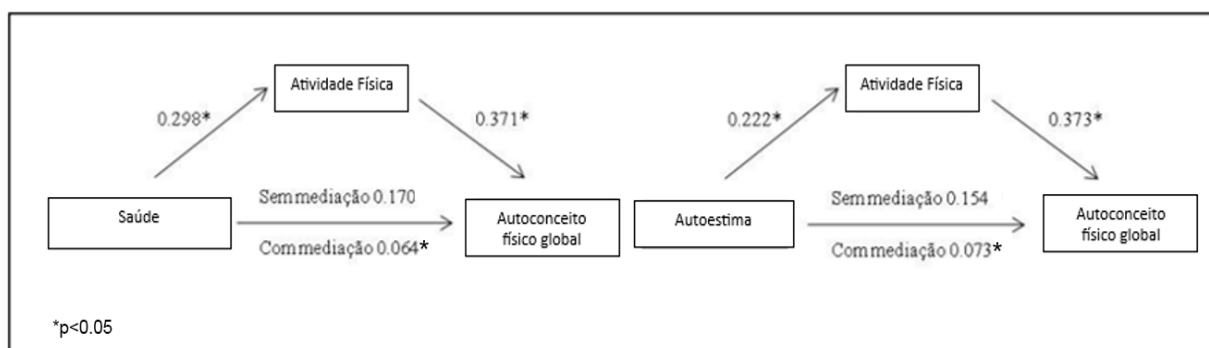
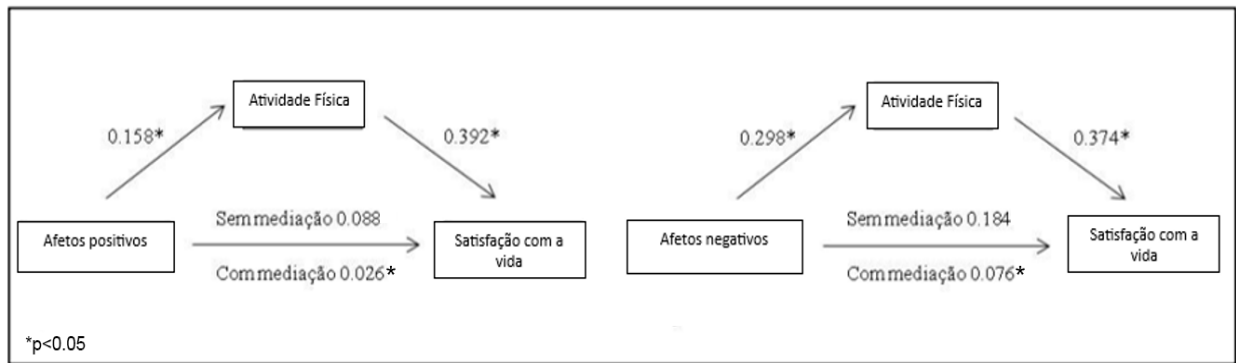


Figura 4.6 Coeficientes beta estandardizados do modelo de mediação da atividade física entre as dimensões do Bem-estar subjetivo (Afetos positivos e Afetos negativos) e Satisfação com a vida.



Os resultados encontrados suportam a hipótese de que a atividade física é mediadora da relação entre algumas dimensões da qualidade de vida com a qualidade de vida global. A Figura 4.4 demonstra que: um aumento das Capacidades físicas, Bem-estar psicológico e Relações sociais está significativamente associada a um aumento da Atividade física ($\beta=0,45$, $p < 0,001$) / ($\beta=0,29$, $p < 0,001$) / ($\beta=0,22$, $p < 0,001$) e um aumento da Qualidade de vida global ($\beta=0,15$, $p < 0,001$) / ($\beta=0,11$, $P = 0,005$) / ($\beta=0,09$, $p=0,02$). Nos três modelos avaliados a atividade física está significativamente associada a qualidade de vida global ($\beta=0,15$, $p < 0,05$) / ($\beta=0,17$, $p < 0,001$) / ($\beta=0,18$, $p < 0,001$). Estes resultados evidenciam que, a atividade física exerce um efeito mediador entre Capacidades físicas, Bem-estar psicológico e Relações sociais e a Qualidade de vida global.

A Figura 4.5 apresenta que a Atividade física é um mediador entre a Saúde e o Autoconceito físico global e a Autoestima e o Autoconceito físico global. Um aumento da Saúde e da Autoestima está significativamente associado a um aumento da Atividade Física ($\beta=0,29$, $P < 0,001$) / ($\beta=0,22$, $P < 0,001$) e ao aumento do Autoconceito físico global ($\beta=0,17$, $P < 0,001$) / ($\beta=0,15$, $P < 0,001$). Em ambos os casos a Atividade física está significativamente associado ao Autoconceito físico global ($\beta=0,37$, $P < 0,001$) / ($\beta=0,37$, $P < 0,001$). Controlando para o efeito mediador, a associação entre a conscienciosidade/amabilidade e o bem-estar geral deixa de ser significativa.

Resultados semelhantes são encontrados na Figura 4.6 demonstrando que a Atividade física também exerce um efeito mediador entre Afetos positivos, Afetos negativos e a Satisfação com a vida.

4.4 DISCUSSÃO

Perante os dados obtidos nos estudos, ressalta-se que o período de cruzamento dos grupos foi significativo para compreender como adicionar ou retirar horas de atividades físicas semanais pode impactar nos resultados obtidos das variáveis comportamentais. Nesse prisma, observa-se que o grupo ITV-1 continuou apresentando melhora significativa entre o momento washout e pós em todas as variáveis da qualidade de vida, em sete das 11 variáveis do autoconceito físico e em duas das três variáveis do bem-estar subjetivo, enquanto o grupo ITV-2 continuou apresentando melhorias entre a segunda e a terceira avaliação em três das seis dimensões da qualidade de vida, três de 11 dimensões do autoconceito físico e em apenas uma dimensão do bem-estar subjetivo. No entanto, observou-se que apenas no grupo ITV-2, grupo que passou a praticar atividades físicas uma vez na semana após o washout, houve queda nos resultados, apresentando diminuição em duas das seis dimensões da qualidade de vida e em três das 11 dimensões do autoconceito físico.

Os resultados obtidos no estudo demonstram que os questionários psicométricos utilizados apresentam boa reprodutibilidade perante a amostra analisada, demonstrando valores entre 0,76 e 0,93 em todas as dimensões dos três questionários avaliados, atendendo aos pressupostos de Fleiss (1981), que indicam valores superiores a 0,75 como excelentes. Os dados do presente estudo corroboram com o estudo de Vaz Junior et al. (2019) que encontraram escores de reprodutibilidade adequados, apresentando valores $\geq 0,80$ para o instrumento PSDQ-S. Da mesma forma, o presente estudo encontrou valores semelhantes ao estudo de validação do WHOQOL-dis, o qual indicou valores $\geq 0,70$ como satisfatórios (Brendemeier et al., 2014). Por fim, observou-se que o presente estudo indicou valores do EBES que variaram 0,76-0,91, demonstrando reprodutibilidade elevada como observado no estudo de Albuquerque e Tróccoli (2004).

Quanto a caracterização socioeconômica dos participantes, a institucionalização da maioria destes influenciou diretamente nos valores obtidos,

visto que mais de 80% dos indivíduos eram institucionalizados, sendo que apenas três indivíduos da amostra total não residiam nas casas do Programa Residência Inclusiva, no entanto, salienta-se que estes faziam parte do grupo GC. Observa-se que dentre a amostra seis indivíduos não apresentam nenhuma forma de contato familiar, os demais indivíduos residentes nas casas possuem família, no entanto com pouco ou nenhum contato, tendo como rede de apoio os demais residentes das casas e os funcionários que compõem o programa.

De acordo com a literatura é importante oferecer um ambiente enriquecido para que pessoas com deficiência convivam com seus pares com e sem deficiência (Bezerra; Martins, 2015). Diferentes estudos corroboram que a atividade física favorece o engajamento social, auxiliado na autonomia e estabelecimento positivo de diferentes variáveis da psicologia positiva (Sacramento et al., 2023; Shmitt; Zuchetto; Nasser, 2016).

Durante o processo, observou-se a necessidade de socialização dos indivíduos, dessa forma ocorreram dentre as semanas de avaliação quatro reuniões de confraternização, as quais participavam a amostra da presente pesquisa, os demais residentes no Programa Residência Inclusiva que não participaram da amostra, os funcionários do programa, os pesquisadores e colaboradores e alunos da box de Crossfit Arizona. Além disso, em todas as sessões de atividades físicas, os participantes chegavam ao local antes para socialização entre eles, os colaboradores da box de Crossfit e, também, os alunos da box de Crossfit, visto que tais participantes residiam em três casas dispostas em diferentes locais da cidade de Londrina.

Destaca-se que as interações sociais podem ocorrer de modos distintos (Sacramento et al., 2023), sendo importante que se possibilite e influencie o aumento do engajamento social principalmente para pessoas com deficiência motora por conta do sentimento de isolamento e consternação desencadeado por experiências negativas construídas com o tempo. Na presente pesquisa, as estratégias de socialização demonstraram-se importantes e foram desenvolvidas como no modelo proposto por Sacramento et al. (2023), o qual indica que os profissionais responsáveis pelas práticas devem criar situações propícias para o desenvolvimento autônomo no ambiente em que os indivíduos estão inseridos.

Diferentes estudos apontam que há uma propensão maior para o fracasso social de pessoas com deficiência motora devido as barreiras físicas e psicológicas

construídas pela presença da deficiência (Gusmão et al., 2019; Law et al., 2006; Morris et al., 2006). Nesse mesmo sentido, observa-se que pessoas com deficiência físicas motoras tem menor inserção em programas de atividades físicas quando comparadas a seus pares sem deficiência, no entanto, quando inseridas em programas de atividades físicas, otimizam as interações sociais, estabelecem vínculos de amizade e auxiliam no estabelecimento da saúde física e psicológica destes indivíduos (Nangle et al., 2003).

Nesse mesmo prisma, os estudos de Ellis et al. (2007), Martin (2006) e Tasiemski et al. (2004) apontam que estabelecer ou aumentar o contato social é de suma importância para a permanência de pessoas com deficiência motora na prática de atividades físicas e, concomitantemente, para o estabelecimento de escores adequados da saúde psicológica desta população.

Nesse sentido, observou-se no presente estudo variação nas propriedades psicométricas nos três instrumentos avaliados, demonstrando a atividade física moderação positiva para atribuição da melhoria dos escores dos diferentes instrumentos.

4.4.1 Qualidade de vida

Em relação a qualidade de vida não houve variação estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões do GC e ocorreram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em nove dos 18 momentos em que a qualidade de vida foi avaliada, sendo três diferenças encontradas no momento avaliativo determinado washout e seis diferenças no momento pós-intervenção. O grupo ITV-1 demonstrou diferença estatisticamente significativas em todas as dimensões avaliadas entre os momentos pré e pós-intervenção, além disso, observou-se que o grupo ITV-1 apresentou escores superiores que o grupo ITV-2 em cinco das seis dimensões da qualidade de vida, apresentando escore inferior apenas no Módulo de Incapacidades (ITV-1= $62,48 \pm 11,61$; ITV-2 $65,61 \pm 15,4$), não demonstrando diferenças estatísticas significativas $p = 0,864$.

O grupo ITV-2 apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes momentos de avaliação em quatro das seis dimensões, sendo elas, Capacidades físicas (Pré = $28,72 \pm 7,36$; Pós = $51,47 \pm 8,34$; $p < 0,05$), Relações sociais (Pré = $26,13 \pm 4,31$; Pós = $62,9 \pm 18,21$; $p < 0,05$), Meio ambiente (Pré = $33,11 \pm 12,37$;

Pós = $70,62 \pm 4,65$; $p < 0,05$) e Módulo Incapacidades (Pré = $41,32 \pm 8,65$; Pós = $65,61 \pm 15,4$; $p < 0,05$). Observou-se que a melhoria dos escores da qualidade de vida demonstrada no presente estudo vai de encontro com os achados de McVeigh et al. (2009), obtendo o grupo de indivíduos que não praticavam atividade física $M=4,75$ e o grupo com envolvimento esportivo $M=7$. Ademais, outro estudo indica que indivíduos que praticam atividades físicas demonstraram escores maiores estatisticamente significativos em todas as dimensões da qualidade de vida, exceto nas Relações sociais, no entanto, a variação deste domínio não foi significativa ($\beta=0,51$; IC% = -0,57 a 1,58) (Silva et al., 2010).

A variação da qualidade de vida obtida entre os momentos do estudo foi positiva em todas as dimensões dos grupos de intervenção, variando no grupo ITV-1 entre 62% e 217% e no grupo ITV-2 entre 46% e 143% e em ambos os grupos (ITV-1 e ITV-2) o maior incremento de $\Delta\%$ foi para a dimensão Relações Sociais, apresentando ITV-1 $\Delta\%= 217\%$ e o grupo ITV-2 $\Delta\%= 143\%$. As diferenças das variações obtidas entre os grupos demonstraram estatisticamente significativos nas dimensões Relações sociais, com $p \leq 0,001$, e nas dimensões Bem-estar psicológico e Meio ambiente, com $p \leq 0,05$. Corroborando com o presente estudo, o estudo de Mouad (2020), observou em adultas jovens universitárias variação na dimensão autoavaliação da qualidade de vida variação do $\Delta\%$ entre 28,4% e 44% para diferentes grupos expostos a prática de atividades físicas, ademais, o mesmo estudo encontrou maiores variações na dimensão Relações sociais, variando o $\Delta\%$ entre 75,6% e 79,1%, no entanto demonstrando diferença estatisticamente significativo em apenas um de seus grupos analisados.

Nesse sentido Catunda e Ruiz (2008) indicam que o aumento da dimensão psicológica na qualidade de vida indica que os sentimentos negativos dos avaliados como mau humor, ansiedade e depressão reduzem após a inserção em um programa de atividade física. Ainda nesse prisma, os estudos de Sanchez et al. (2021) e Gomes et al. (2013) demonstram que a melhora nas dimensões na qualidade de vida de pessoas com deficiência pode ocorrer pela inserção em programas de atividade física, aperfeiçoando as capacidades físicas e impactando positivamente na qualidade de vida dos indivíduos.

O presente estudo demonstrou que em relação ao tempo de deficiência, apenas uma dimensão demonstrou sofrer efeito significativo do tempo de deficiência, nesse sentido, a dimensão Relações sociais obteve $F= 11,94$ com significância de p

= 0,043. Nesse sentido, os escores obtidos corroboram com o estudo de Vaz Junior et al. (2020) o qual indica que a prática de atividade física em si exerce efeito sobre as variáveis psicométricas, enquanto o próprio tempo de deficiência, ou até mesmo a deficiência em si não inferem efeito sobre tais variáveis. A análise excluiu a atividade física para que não houvesse confusão do efeito desta sobre as dimensões da qualidade de vida.

Os principais resultados do presente estudo indicam que a prática de atividade física é mediadora de diferentes variáveis da qualidade de vida, modulando três das seis variáveis do constructo. Observa-se que as dimensões do Bem-estar psicológico e Relações sociais só apresentaram valores estatisticamente significativos quando mediadas pela prática de atividade física ($p > 0,05$). O presente resultado obtido corrobora o estudo de Braun, Herber e Michaelsen (2012) que indica que a prática de atividades físicas tem impacto positivo na qualidade de vida de pessoas com deficiência.

4.4.2 Autoconceito físico

O autoconceito físico não demonstrou variação estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões do GC, porém, ocorreram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o grupo controle e os grupos ITV-1 e ITV-2 em oito dos 11 domínios em que o autoconceito físico foi avaliado.

Observou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre momentos no grupo ITV-1 em sete das 11 dimensões (Força, Saúde, Coordenação, Exercício físico, Competência esportiva, Autoconceito físico global e Autoestima), enquanto o grupo ITV-2 encontrou diferenças estatisticamente significativo ($p < 0,05$) entre os momentos em quatro das onze dimensões (Resistência, Saúde, Coordenação e Autoconceito físico).

Ademais, observou-se que o grupo ITV-1 apresentou valores maiores com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação ao grupo ITV-2 no momento pós nas dimensões, Força, Exercício físico, Autoestima e Competência e no momento washout da dimensão Competência esportiva. No entanto observou que o grupo ITV-2 apresentou valores superiores ($p < 0,05$) em relação ao grupo ITV-1 na dimensão Resistência nos momentos washout e pós.

Nesse sentido, os dados obtidos corroboram o estudo de Scarpa (2011) que observou o autoconceito físico de pessoas com e sem deficiência e identificou que pessoas com deficiência motora que praticavam atividades físicas apresentaram $M=4,9$, enquanto o grupo com deficiência motora que não praticava atividade física demonstrou $M=4,0$.

O presente estudo não identificou influência do tempo de deficiência no estabelecimento do autoconceito físico, dados que se diferenciaram do estudo de Sit e Lau (2009), o qual apresentou que o grupo de pessoas com deficiência motora com menor tempo de deficiência apresentaram valores maiores do autoconceito físico quando comparados a pessoas com deficiência motora com maiores tempos de deficiência.

A variação do autoconceito físico obtida entre os momentos foi positiva em todas as dimensões nos grupos de intervenção, variando no grupo ITV-1 entre 27% e 161% e no grupo ITV-2 entre 16% e 149%. Para o grupo ITV-1 o maior incremento de $\Delta\%$ foi para a dimensão Autoestima ($\Delta\%=161\%$), enquanto para o grupo ITV-2 o maior incremento foi na dimensão Autoconceito físico global ($\Delta\%=149\%$).

O grupo ITV-1 apresentou $\Delta\%=161\%$ na dimensão Força, demonstrando diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) para os grupos GC e ITV-2. No mesmo sentido, na dimensão Autoestima o grupo ITV-1 demonstrou diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) quando comparado com os grupos GC e ITV-2, apresentando $\Delta\%=161\%$. O grupo ITV-2 indicou $\Delta\%=52\%$, apresentando diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) quando comparado com o grupo GC. Quanto a dimensão flexibilidade, o grupo ITV-1 encontrou escore de $\Delta\%=83\%$, apresentando diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) quando comparado com o grupo ITV-2. Observou-se diferença estatisticamente significativo entre os três grupos nas dimensões Saúde e Coordenação. A dimensão Saúde apresentou diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) entre os três grupos, indicando o grupo ITV-2 $\Delta\%=142\%$, o grupo ITV-1 $\Delta\%=101\%$ e o grupo GC $\Delta\%=49\%$. Na dimensão Coordenação o grupo GC apresentou $\Delta\%=26\%$, o grupo ITV-1 demonstrou $\Delta\%=147\%$ e o grupo ITV-2 $\Delta\%=83\%$. A dimensão Gordura corporal demonstrou diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) entre os grupos GC e ITV-1 (GC $\Delta\%=-23\%$; ITV-1 $\Delta\%=77\%$). Na dimensão Exercício físico, o grupo ITV-1 demonstrou diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) entre os demais grupos, apresentando ITV-1 $\Delta\%=97\%$. Na dimensão Competência esportiva houve

diferença estatisticamente significativo ($p < 0,05$) entre os grupos GC e ITV-1, apresentando escores GC $\Delta\% = -15\%$; ITV-1 $\Delta\% = 49\%$. Na dimensão Autoconceito físico global os grupos ITV-1 e ITV-2 demonstraram diferença estatisticamente significativo ($p < 0,05$) quando comparados com o grupo GC (ITV-1 $\Delta\% = 130\%$; ITV-2 $\Delta\% = 149\%$).

Perante os resultados obtidos da variação entre os períodos, o presente estudo demonstrou que em ambos os grupos de intervenção ITV-1 e ITV-2 a atividade física apresentou-se como importante para amplitude da variação entre os momentos pré e pós-intervenção, assim como observado em diferentes estudos que avaliaram a variabilidade de diferentes variáveis psicométricas (Mouad, 2020; Dadgostar et al., 2016; Delevatti, 2016).

Os resultados da pesquisa demonstram que a prática de atividade física agiu como mediadora, modulando duas das onze variáveis do autoconceito físico. Observa-se que as variáveis Saúde e Autoestima só apresentaram valores estatisticamente significativo em relação ao autoconceito físico global quando mediados pela Atividade física. Nesse sentido, os achados do presente estudo corroboram com Marsh, Martin e Jackson (2010) e Martin (2007), que indicam que a prática de atividades físicas tem impacto positivo no autoconceito físico de pessoas com deficiência, no entanto, quando observado por dimensão, o presente estudo identificou que mediação apenas em duas das onze análises.

4.4.3 Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo não demonstrou diferença estatisticamente significativo em nenhuma das dimensões do GC entre os diferentes momentos. O grupo ITV-1 apresentou diferenças estatisticamente significativo ($p < 0,05$) entre os momentos nas dimensões Afetos positivos e Satisfação com a vida, enquanto o grupo ITV-2 apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os momentos nas dimensões Afetos positivos e Afetos negativos. Ademais, observou-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas três dimensões entre grupos apenas nos momentos pós-intervenção (GC > ITV-1; ITV-2 na dimensão Afetos negativos; GC < ITV-1; ITV-2 nas dimensões Afetos positivos e Afetos negativos).

Os achados do presente estudo no momento pós-intervenção corroboram com o estudo de Resende e Gouveia (2011), que encontrou que pessoas com

deficiência motora apresentam Bem-estar subjetivo positivo, indicando Satisfação com a vida $M= 5,08$, Afetos positivos $M= 5,00$ e Afetos negativos $M= 3,02$. Segundo Guedea et al. (2006) o bem-estar subjetivo pode ser considerado um indicador de saúde psicológica, sinônimo de felicidade e integração social, além disso, Diener et al. (1999) apontam que a Satisfação com a vida não diminui com o passar do tempo, no entanto, a intensidade das experiências afetivas diminui com o passar dos anos.

Assim como as demais variáveis, o bem-estar subjetivo não demonstrou variação pelo tempo de deficiência em nenhuma das dimensões, assim como no estudo de Vaz Junior et al. (2020) demonstrando que a própria deficiência ou o tempo desta têm menos impacto no estabelecimento do autoconceito físico de pessoas com deficiência motora.

A variação do bem-estar subjetivo obtida entre os momentos foi positiva nas três dimensões do constructo nos grupos de intervenção, variando no grupo ITV-1 entre 21% e 116% e no grupo ITV-2 entre 40% e 209%. Para o grupo ITV-1 o maior incremento de $\Delta\%$ foi para a dimensão Afetos positivos ($\Delta\%= 116\%$), enquanto para o grupo ITV-2 o maior incremento foi na dimensão Afetos negativos ($\Delta\%= 209\%$).

O grupo ITV-1 apresentou diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) quando comparado com o grupo GC para as dimensões Satisfação com a vida (ITV-1 $\Delta\%= 75\%$) e Afetos positivos (ITV-1 $\Delta\%= 116\%$). na dimensão Força, demonstrando diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) para os grupos GC e ITV-2. O grupo ITV-2 demonstrou diferença estatisticamente significativo ($p<0,05$) quando comparado com o grupo GC e ITV-1 na dimensão Afetos negativos (GC $\Delta\%= 9\%$; ITV-1 $\Delta\%= 18\%$; ITV-2 $\Delta\%= 209\%$).

Nesse sentido, baseado nas afirmações de Catunda e Ruiz (2008), os resultados revelam que o aumento das percepções de variáveis psicológicas indica que a inserção em práticas de atividades físicas atua como fator protetor para doenças psicológicas com depressão e ansiedade.

Por fim, observou-se que a atividade física apresentou valores estatisticamente significativos ($p<0,05$) nas duas possíveis mediações analisadas do bem-estar subjetivo. O estudo de Mair e Thivierge-Rikard (2010) aponta que o aumento das relações sociais pode influenciar positivamente decisões, aspirações individuais e autopercepções como o bem-estar subjetivo. No mesmo sentido, o estudo de Kirana, Rosen e Hatzichristou (2009) afirma que níveis adequados do bem-estar diminuem a suscetibilidade de pessoas para doenças psicológicas e

físicas, sendo a prática de atividades físicas e o estabelecimento de relações interpessoais fatores importantes para o estabelecimento adequado da medida.

4.4.4 Limitações e implicações práticas do estudo

A pesquisa apresentou algumas limitações que não devem ser desconsideradas: (1) os resultados observados foram obtidos em pessoas com deficiência motora, não devendo ser extrapolados para outros grupos; (2) o acompanhamento psicológico efetuado no Programa Residência Inclusiva continuou com o decorrer do estudo, não sendo considerado nas análises; (3) o tamanho da amostra não foi determinado previamente pelo fato da população ser muito específica, no entanto, observam-se poucos estudos longitudinais efetuados com pessoas com deficiência motora com o mesmo tamanho amostral; (4) esta investigação não analisou variáveis fisiológicas e motoras que somariam informações importantes ao estudo como marcadores sanguíneos, hipertrofia muscular, respostas neurais, e outras adaptações hormonais e cardiorrespiratórias.

Em contrapartida, destaca-se no presente estudo os seguintes pontos: (1) o estudo seguiu o delineamento de um ensaio clínico randomizado, seguindo recomendações do CONSORT, auxiliando o leitor a compreender de forma mais clara a condução do estudo, e, conseqüentemente, a validade e aplicabilidade de seus resultados; (2) quanto ao tipo de estudo, observa-se que não são facilmente encontrados estudos do tipo crossover em pessoas com deficiência; (3) não ocorreram perdas amostrais no estudo, no entanto, observa-se que este fato ocorreu pela inserção da amostra no Programa Residência Inclusiva, que se responsabilizava pelo deslocamento dos participantes do estudo até o local de intervenção; (4) durante a pesquisa observou-se a importância dos momentos de socialização para permanência dos participantes do estudo, visto que em diferentes momentos, os participantes demonstravam não querer participar das intervenções, no entanto, após os momentos de conversa e socialização, os mesmos iniciavam as atividades; (5) profissionais e estagiários de educação física e estagiários de psicologia participaram em todas as sessões com a finalidade de auxiliar na execução dos movimentos, evitar possíveis lesões, melhorar a comunicação e aumentar a socialização dos mesmos.

Como aplicação prática, os resultados da pesquisa reforçam a importância da prática de atividades físicas para pessoas com deficiências motoras. Vale ressaltar que os diferentes grupos de intervenção apresentaram melhoras nas variáveis psicométricas, no entanto, o grupo que teve uma frequência semanal aumentada (de uma para duas vezes por semana) durante o estudo apresentou resultados mais robustos quando comparados com o grupo que reduziu a frequência de atividades físicas (de duas para uma vez por semana).

Dentre o desenvolvimento da pesquisa, os momentos de interações sociais demonstraram-se relevantes para os desfechos obtidos. Dentre esses momentos, observou-se que as reuniões de confraternizações efetuadas foram de suma importância para manutenção dos indivíduos na pesquisa e, conseqüentemente, para os desfechos obtidos das variáveis psicométricas.

Diante desses apontamentos, acredita-se que as informações produzidas pela pesquisa possam oferecer subsídios para o desenvolvimento de programa de atividades físicas para pessoas com deficiências motoras, visto que mesmo quando a prática foi efetuada apenas uma vez por semana, observaram-se desfechos positivos das variáveis psicométricas, no entanto, quando efetuada duas vezes por semana os resultados demonstram-se mais expressivos. No entanto, os resultados foram analisados apenas com pessoas com deficiências motoras, sendo necessárias pesquisas que avaliem as mesmas análises com pessoas com deficiências intelectuais e sensoriais.

4.5 CONCLUSÃO

Perante os resultados obtidos, o estudo conclui que a inserção de pessoas com deficiência motora em programas de atividades físicas impacta positivamente na Qualidade de vida, Autoconceito físico e Bem-estar subjetivo mesmo que os indivíduos exerçam as práticas apenas uma vez por semana. No entanto, observou-se que a maior frequência semanal no programa de atividade física apresentou melhoras mais relevantes nas diferentes variáveis psicométricas. Adicionalmente, observou-se que os momentos de socialização ocorridos em todas as sessões e as reuniões de confraternização foram relevantes para a manutenção dos indivíduos no programa e conseqüentemente nos desfechos obtidos das variáveis psicométricas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 20, n. 2, p. 153-164, Mai- Ago 2004.
- BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 51, n. 6, p. 1173-82, Dec 1986.
- BEDIN, L. M.; SARRIERA, J. C. Propriedades psicométricas das escalas de bem-estar: PWI, SWLS, BMSLSS e CAS. **Avaliação Psicológica**. v. 13, n. 2, p. 213-225, 2014.
- BEZERRA, M. F.; MARTINS, P. C. R. A concepção de deficiência intelectual ao longo da história. **Interfaces da Educação**. v. 1, n. 3, p. 73-83, 2015.
- BRAUN, A.; HERBER, V; MICHAELSEN, S. M. Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 18, n. 1, Jan/Fev 2012.
- BREDEMEIER, J. et al. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. **BMC Public Health**. v. 14, n. 538, 2014.
- CACIOPPO, J. T.; HAWKLEY, L. C. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. **Perspectives in Biology and Medicine**. v. 46, n. 3, 2003.
- CATUNDA, M. A. P.; RUIZ, V. M. Qualidade de vida de universitários. **Pensamento Plural: Revista Científica do UNIFAE**. v.2, n.1, 2008.
- DADGOSTAR, H. et al. Supervised group-exercise therapy versus home-based exercise therapy: Their effects on Quality of Life and cardiovascular risk factors in women with type 2 diabetes. **Diabetology & Metabolic Syndrome**. v.10, p. 30-36, 2016.
- DELEVATTI, R.S. **Efeitos de dois modelos de treinamento físico em meio aquático no controle do diabetes mellitus tipo 2 – Um ensaio clínico controlado randomizado: The Diabetes and Aquatic Training Study (DATS)**. Tese (doutorado em Educação Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre. 2016.
- DIAZ, R. et al. Impacto f Adaptative Sports Participation on Quality of Life. **Sports Medicine and Arthroscopy Review**. v. 27, n. 2, p. 73-82, June 2019.
- DIENER, E. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, p. 276-302, 1999.

ELLIS, R. et al. Physical activity beliefs and behaviour of adults with physical disabilities. **Disability Rehabilitation**. v. 29, p.1221–1227, 2007.

ESCARTÍ, A.; CERVELLÓ, E. **La motivación en el deporte**. En: ISABEL, 1994.

FLEISS, J. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley & Sons, 1981.

FURTADO, Guilherme Eustáquio. **Autopercepções, bem-estar subjetivo, e exercício físico em adultos: Efeitos de um programa de exercício físico em praticantes na cidade de Belo Horizonte (MG)**. 2011. 178 f. Dissertação (Mestrado em Exercício & Saúde em Populações Especiais) – Faculdade de Ciência do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Portugal, 2011.

GÄBLER, M. et al. The Effects of Concurrent Strength and Endurance Training on Physical Fitness and Athletic Performance in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Physiology**. v. 7, n. 9, p. 1-13, 2018.

GERALDES, A. A. R. et al. Effects of walking on the mood of physically active older people. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 25, n.1, p. 63-66, Jan/Fev 2019.

GOMES, A. L. C. B. et al. Habilidades motoras de cadeirantes influenciadas pelo controle de tronco. **Revista Motriz**. v. 19, n. 2, p 278-287, Abr - Jun 2013.

GRAHAM, J. W.; HOFER, S. M. **Multiple imputation in multivariate research**. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000.

GRAHAM, J. W. Missing data analysis: Making it work in the real world. **Annual Review of Psychology**. v.60, p.549–576, 2009.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006.

GUSMÃO, E. C. R. et al. Habilidades adaptativas sociais e conceituais de indivíduos com deficiência intelectual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. n. 53, 2019.

HACKFORT, D. Health and wellness: a sport psychology perspective. **International perspectives on sport and exercise psychology**. Morgantown: Fitness information technology, p. 165-183, 1994.

HENNA, Elaine Aparecida Dacol. **Relação entre temperamento e caráter e bem-estar subjetivo: Estudo em uma amostra de sujeitos saudáveis**. 2011. 151 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HERNANDEZ, J. A. E. Psicologia positiva do esporte. **Núcleo de Mensuração Psicologia**. UERJ, 2019.

HOGAN, C. L. et al. Beyond emotional benefits: Physical activity and sedentary behaviour affect psychosocial resources through emotions. **Journal Psychology & Health**. v.30, n.3, p. 354-369, 2015.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T.B.; LAYTON, J.B. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. **PLoS Medicine**. v. 7, n. 7, 2010.

KEYES, C. L. M.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. D. Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 82, n. 6, p. 1007-1022, 2002.

KIRANA, P. S.; ROSEN, R.; HATZICHRISTOU, D. Subjective well-being as a determinant of individuals' responses to symptoms: a biopsychosocial perspective. **The International Journal of Clinical Practice**. v. 63, n. 10, p. 1435-1445, 2009.

LAW, M. et al. Padrões de participação em atividades recreativas e de lazer entre crianças com deficiência motora complexa. **Medicina de Desenvolvimento & Neurologia Infantil**. v. 48, n. 5, p. 337-342, 2006.

LEMOYNE, J.; VALOIS, P.; GUAY, F. Physical self-concept and participation in physical activity in college students. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. v. 47, n. 1, p. 142-150, 2015.

MAIR, C. A.; THIVIERGE-RIKARD, R. V. The Strength of Strong Ties for Older Rural Adults: Regional Distinctions in the Relationship Between Social Interaction and Subjective Well-Being. **International Journal of Aging & Human Development**. v. 70, n. 2, p.119-143, 2010.

MARSH, H. W.; MARTIN, A. J.; JACKSON, S. Introducing a short version of the physical self description questionnaire: New strategies, short-form evaluative criteria, and applications of factor analyses. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v.32, p.438–482, 2010.

MARTIN, J. Psychosocial aspects of youth disability sport. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 23, p. 65–77, 2006.

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. **Journal of Spinal Cord Medicine**. v. 32, p. 115–124, 2009.

MOUAD, Mariana. **Efeitos de dois modelos de treinamento combinado sobre indicadores de saúde em jovens universitárias de Londrina**. 2020. 160 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

MORRIS, C. et al. As habilidades de crianças com paralisia cerebral explicam suas atividades e participação? **Medicina de Desenvolvimento & neurologia Infantil**. v. 48, n. 12, p. 954-961, 2006.

MURLASITS, Z.; NEFFEL, Z.; THALIB, L.; The physiological effects of concurrent strength and endurance training sequence: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Sports Sciences**. v. 36, n. 11, p. 1212-1219, 2018.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6ª ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NANGLE, D. W. et al. Popularidade, quantidade de amizade e qualidade de amizade: Influências interativas na solidão e na depressão das crianças. **Revista de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente**. v. 32, n. 4, p. 546-555, 2003.

NOCE, F.; SIMIM, A.M.; 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 de Medicina do Esporte**, v.15, n.3, maio/jun., 2009.

RESENDE, M. C.; GOUVEIA, V. V. Qualidade de vida em adultos com deficiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 24, n. 1, p. 99-106, 2011.

RODRIGUES, D.N.; MUSSI, R.F.F.; ALMEIDA, C.B. Atividade física na promoção da saúde de amputados. **EFDeportes.com**. v.19, n.191, abr. 2014.

SACRAMENTO, A. C. et al. Socialização de crianças com deficiência em um programa de atividade física motora adaptada. **Retos**. n. 47, p. 531-538, 2023.

SAMULSKI, D. **Psicologia do esporte**. São Paulo: Manole, 2002.

SANCHEZ, G. C. et al. Treinamento resistido para pessoas com deficiência física: qualidade de vida, autonomia e deficiência. **Revista Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**. v. 22, n. 1, p. 15-26, Jan-Jun 2021.

SCARPA, S. 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**. v.4, n.1, p.38–53, 2011.

SHAPIRO, D. R.; MARTIN, J. J. Multidimensional Physical Self-Concept of Athletes With Physical Disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 27, p. 294-307, 2010.

SHMITT, B. D.; ZUCHETTO, A. T.; NASSER, J. P. Influência da Educação Física Adaptada inclusiva no desenvolvimento global de uma criança com deficiências múltiplas durante três anos. **Sinergis**. v. 17, n. 1, p. 48-55, 2016.

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

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SIT, C. H. P.; LAU, C. H. L. Physical Activity and Self-Perceptions Among Hong Kong Chinese With an Acquired Physical Disability. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 26, p. 321–335, 2009.

TASIEMSKI, T. et al. Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injury. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 21, n. 364–378, 2004.

TÓTH, L. et al. Exercise involvement and trait-anxiety are determinants of physical self-concept: exercisers exhibit superior profiles compared with non-exercisers. **Journal of Physical Education and Sports**. v. 19, n. 1, p. 580-585, 2019.

VAZ JUNIOR, A. et al. Validação da versão brasileira do Physical Self-Description Questionnaire – Short. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**. v. 13, n. 2, online, 2020.

WEINBER, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WELLICHAN, D. S. P.; SANTOS, M. G. F. Atividade física adaptada para a pessoa com deficiência: o CrossFit Adaptado para um grupo com cadeirantes e amputado. **Temas em Educação e Saúde**. v. 15, n. 1, p. 146-158, jan./jun., 2019.

WHO – World Health Organization. **Mental Health: New Understanding**. Geneva: World Health Organization, 2001.

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender como diferentes frequências de programas de atividade física podem modular as percepções do Autoconceito físico, Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de pessoas com deficiência motora. Dessa forma, para atingir este objetivo foram propostos dois artigos científicos, sendo o primeiro deles uma revisão sistemática de literatura e, posteriormente, um artigo original.

Para o artigo de Revisão sistemática, selecionamos a variável Qualidade de vida, visto que, os diferentes constructos psicológicos demonstram significados diferentes das compreensões que o indivíduo tem de si, dessa forma, cruzar informações do Autoconceito físico, Qualidade de vida e Bem-estar Subjetivo poderiam trazer interpretações errôneas da literatura. Portanto, por meio do artigo de revisão sistemática, foi possível verificar o estado de arte da qualidade de vida de pessoas com deficiência motora é um campo em expansão, ademais, observamos que grande parte dos estudos desenvolvidos apresentam erros metodológicos e/ou conceituais, fazendo com que a quantidade de pesquisas inseridas no estudo de revisão não fosse tão alta, demonstrando, ainda, lacunas no conhecimento e, pontos ainda pouco explorados. Nesse sentido, algumas indicações para futuras investigações foram identificadas, como: grande parte dos estudos apresenta populações muito discrepantes, avaliando desde adolescentes até indivíduos com mais de 60 anos, podendo haver um erro na interpretação dos dados; não há muitos estudos que considerem as diferenças entre sexos para as percepções da Qualidade de vida de pessoas com deficiência motora; há uma necessidade de modelos de análises que possibilitem esclarecer as correlações da Qualidade de vida e da Atividade Física com diferentes deficiências.

Diante disso, levando em consideração os objetivos do presente estudo, o segundo artigo buscou analisar as variáveis psicométricas Autoconceito físico, Bem-estar subjetivo e Qualidade de vida de adultos com deficiência motora expostos a um programa de atividade física com diferentes frequências, a fim de compreender se uma ou duas vezes por semana de atividade física proporcionariam melhorias em tais variáveis psicológicas. Os instrumentos PSDQ-S, WHOQOL-Dis e EBES foram selecionados por demonstrarem em diferentes estudos índices adequados de reprodutibilidade e acurácia.

O programa foi estruturado com três grupos distintos, sendo eles Grupo Controle, Grupo ITV-1 (executou atividades uma vez na semana por seis semanas e, posteriormente duas vezes por semana, durante mais seis semanas) e Grupo ITV-2 (executou atividades duas vezes por semana durante seis semanas e, posteriormente uma vez por semana, por mais seis semanas). Além das intervenções de atividades físicas, os grupos participaram de reuniões com finalidade de confraternização e mesas de café, com o intuito de aumentar a socialização dos mesmos.

O estudo identificou que ambos os grupos ITV-1 e ITV-2 apresentaram melhoras nos níveis de Autoconceito físico, Bem-estar subjetivo e Qualidade de vida. No entanto, destaca-se que o grupo que teve incremento do número de sessões semanais (ITV-1) apresentou resultados mais expressivos, quando comparado ao grupo que teve decréscimo da frequência de sessões semanais (ITV-2).

Salienta-se que, as sessões eram de 60 a 75 minutos, no entanto, os participantes passavam de 120 a 180 minutos no local de treino por conta da logística de deslocamento dos mesmos até suas residências. Ademais, ressaltamos que, a box de Crossfit Arizona mantinha-se aberta durante as intervenções, possibilitado que os participantes do estudo tivessem contato com outros alunos da academia e, também, com outros profissionais que atuam no local. Dessa forma, observa-se que os participantes do estudo desenvolveram outros vínculos, fator esse importante para a inserção em práticas de atividade física e socialização.

Por fim, a presente tese indica que instituições públicas e privadas podem auxiliar em melhorias psicológicas de pessoas com deficiência motora com programas de atividades físicas que decorram uma vez por semana, pois esta frequência já proporciona benefícios psicológicos para adultos com deficiência motora. No entanto, o incremento de sessões, posteriormente, pode potencializar tais benefícios psicológicos.

Contudo, alguns aspectos ainda precisam ser esclarecidos. Sugere-se que estudos futuros contemplem a relação do Autoconceito físico, Bem-estar subjetivo e Qualidade de vida com a prática regular de Atividades Físicas por tipos de deficiência motora. Assim, com observações específicas, será possível formular recomendações, proporcionando melhoras na saúde mental, bem como diminuição de gastos públicos, morbidade e mortalidade.

LISTA DE REFERÊNCIAS

- AHA/ACSM. American College of Sports Medicine Position Stand and American Heart Association. Recommendations for Cardiovascular Screening, Staffing, and Emergency Policies at Health/Fitness Facilities. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 30, n. 6, p. 1009-1018, Jun. 1998.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 20, n. 2, p. 153-164, Mai- Ago 2004.
- BACON, S. F. Positive psychology's two cultures. **Review of General Psychology**. v. 9, n. 2, p. 181-192, 2005.
- BAECHLE T. R. et al. **Essentials of strength training and conditioning**. Human Kinetics, Champaign, 2nd ed., 2000;395-425.
- BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 51, n. 6, p. 1173-82, Dec 1986.
- BEDIN, L. M.; SARRIERA, J. C. Propriedades psicométricas das escalas de bem-estar: PWI, SWLS, BMSLSS e CAS. **Avaliação Psicológica**. v. 13, n. 2, p. 213-225, 2014.
- BEHM, D. G.; CHAOUACHI, A. A review of the acute effects of static and dynamic stretching on performance. **European Journal of Applied Physiology**. n. 111. p. 2633-2651. 2011.
- BEZERRA, M. F.; MARTINS, P. C. R. A concepção de deficiência intelectual ao longo da história. **Interfaces da Educação**. v. 1, n. 3, p. 73-83, 2015.
- BLAUWET, C.; WILLICK, S. E. The paralympic movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities. **Public Management Review**. v. 4, p. 851–856, 2012.
- BRASIL. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. 3 ed. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cinthia-ministerio-da>
- BRAUN, A.; HERBER, V; MICHAELSEN, S. M. Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 18, n. 1, Jan/Fev 2012.

- BREDEMEIER, J. et al. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. **BMC Public Health**. v. 14, n. 538, 2014.
- CACIOPPO, J. T.; HAWKLEY, L. C. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. **Perspectives in Biology and Medicine**. v. 46, n. 3, 2003.
- CATUNDA, M. A. P.; RUIZ, V. M. Qualidade de vida de universitários. **Pensamento Plural: Revista Científica do UNIFAE**. v.2, n.1, 2008.
- COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2 Ed. Lawrence Erlbaum Associates. 1988.
- COLEMAN, A. et al. According to the European Society of Hypertension international protocol. **Blood Pressure Monitoring**, London, v. 10, n. 3, p. 165-8, Jun. 2005.
- CAMPBELL, A.; CONVERGE, P. E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life**. New York: Russell Stage Foundation, 1976.
- CHESANI, F. H. et al. A percepção de Qualidade de Vida de pessoas com deficiência motora: Diferenças entre cadeirantes e deambuladores. **Fisioterapia Pesquisa**. v. 25, n. 4, p. 418-424, Dez 2018.
- CHRISMAS, B. C. R.; MAJED, L.; KNEFFEL, Z. Physical fitness and physical self-concept of male and female Young adults in Qatar. **PLoS One**. v. 14, n. 10, 2019.
- DADGOSTAR, H. et al. Supervised group-exercise therapy versus home-based exercise therapy: Their effects on Quality of Life and cardiovascular risk factors in women with type 2 diabetes. **Diabetology & Metabolic Syndrome**. v.10, p. 30-36, 2016.
- DELEVATTI, R.S. **Efeitos de dois modelos de treinamento físico em meio aquático no controle do diabetes mellitus tipo 2 – Um ensaio clínico controlado randomizado: The Diabetes and Aquatic Training Study (DATS)**. Tese (doutorado em Educação Física) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre. 2016.
- DIAZ, R. et al. Impacto f Adaptative Sports Participation on Quality of Life. **Sports Medicine and Arthroscopy Review**. v. 27, n. 2, p. 73-82, June 2019.
- DIENER, E. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v. 125, p. 276-302, 1999.
- DINIZ, D. **O que é deficiência**. 1 Ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- DOYLE, J. P. et al. Exploring PERMA in spectator sport: Applying positive psychology to examine the individual level benefits of sport consumption. **Sport Management Review**. v. 19, n. 5, p. 506-519, 2016.

ELLIS, R. et al. Physical activity beliefs and behaviour of adults with physical disabilities. **Disability Rehabilitation**. v. 29, p.1221–1227, 2007.

ESCARTÍ, A.; CERVELLÓ, E. **La motivación en el deporte**. En: ISABEL, 1994.

FIRTH, J. et al. The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. **BMC Psychiatry**. v. 16, n. 36, p.1-9, 2016.

FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: development, deviance and change**. New York: The Guilford Press, p. 3-20, 1990.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida —WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública**. v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLEISS, J. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley & Sons, 1981.

FOX, K. R.; CORBIN C. B. The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. **Journal of Exercise and Sport Psychology**, v. 11, p. 408-430, 1989.

FRANCA, I. S. X. et al. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL- bref. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p.1364-1371, Dez 2011.

FREDRICKSON, B. L. The broaden-and-build theory of positive emotions. **Philosophical transactions of the Royal Society of London B**. v. 359, p. 1367–1377, 2004.

FURTADO, Guilherme Eustáquio. **Autopercepções, bem-estar subjetivo, e exercício físico em adultos: Efeitos de um programa de exercício físico em praticantes na cidade de Belo Horizonte (MG)**. 2011. 178 f. Dissertação (Mestrado em Exercício & Saúde em Populações Especiais) – Faculdade de Ciência do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Portugal, 2011.

GÄBLER, M. et al. The Effects of Concurrent Strength and Endurance Training on Physical Fitness and Athletic Performance in Youth: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Physiology**. v. 7, n. 9, p. 1-13, 2018.

GERALDES, A. A. R. et al. Effects of walking on the mood of physically active older people. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 25, n.1, p. 63-66, Jan/Fev 2019.

GOMES, A. L. C. B. et al. Habilidades motoras de cadeirantes influenciadas pelo controle de tronco. **Revista Motriz**. v. 19, n. 2, p 278-287, Abr - Jun 2013.

GONZÁLEZ, S. et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. **Revista Chilena de Neuro-psiquiatria**, v. 50, n. 1, p. 23-34, 2012.

GRAHAM, J. W.; HOFER, S. M. **Multiple imputation in multivariate research**. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000.

GRAHAM, J. W. Missing data analysis: Making it work in the real world. **Annual Review of Psychology**. v.60, p.549–576, 2009.

GREGUOL, M.; MALAGODI, B. M. O esporte para pessoas com deficiência. *In*: GREGUOL, M.; COSTA, R. F. (org.) **Atividade física adaptada**. 4. ed. rev. e ampl. Barueri: Manole, 2019. p. 484-513.

GUEDEA, M. T. D. et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006.

GUEDES, D. P. Abordagens quanto às relações atividade física, aptidão física e saúde. *In*: Moreira, W. W.; SIMÕES, R. **Fenômeno esportivo no início de um novo milênio**. Piracicaba: Unimep, p. 123-135, 2000.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Manual Prático para Avaliação em Educação Física**. Barueri, Manole, 2006.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 5, p. 840-850, 2010.

GUSMÃO, E. C. R. et al. Habilidades adaptativas sociais e conceituais de indivíduos com deficiência intelectual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. n. 53, 2019.

HACKFORT, D. Health and wellness: a sport psychology perspective. **International perspectives on sport and exercise psychology**. Morgantown: Fitness information technology, p. 165-183, 1994.

HANIN, Y. L. Emotions and athletic performance: Individual zones of optimal functioning model. *In* SMITH, D.; BAR-ELI, M. **Essential readings in sport and exercise psychology**. 1. ed. Illinois:Human Kinetics, 2007, p. 55-73.

HENNA, Elaine Aparecida Dacol. **Relação entre temperamento e caráter e bem-estar subjetivo: Estudo em uma amostra de sujeitos saudáveis**. 2011. 151 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

HERNANDEZ, J. A. E. Psicologia positiva do esporte. **Núcleo de Mensuração Psicologia**. UERJ, 2019.

HIPERTENSÃO, S. B. D. C. S. B. D. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. Suplemento 1, p. 1-51, 2010.

HOGAN, C. L. et al. Beyond emotional benefits: Physical activity and sedentary behaviour affect psychosocial resources through emotions. **Journal Psychology & Health**. v.30, n.3, p. 354-369, 2015.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T.B.; LAYTON, J.B. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. **PLoS Medicine**. v. 7, n. 7, 2010.

JASPER, C. H. et al. Qualidade de Vida e consumo de alimentos de risco e proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis de Pessoas com Deficiência Física Adquirida. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**. v. 9, n. 2, p. 41-55, 2019.

JONES, M. V. et al. A theory of challenge and threat states in athletes. **International Review of Sport and Exercise Psychology**. v. 2, n. 2, p. 161-180, 2009.

KEYES, C. L. M.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. D. Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 82, n. 6, p. 1007-1022, 2002.

KIM, E. S. et al. Longitudinal Impact of Depression on Quality of Life in Stroke Patients. **Psychiatry Investigation**. v. 15, n. 2, p. 141-146, Feb 2018.

KIRANA, P. S.; ROSEN, R.; HATZICHRISTOU, D. Subjective well-being as a determinant of individuals' responses to symptoms: a biopsychosocial perspective. **The International Journal of Clinical Practice**. v. 63, n. 10, p. 1435-1445, 2009.

LAW, M. et al. Padrões de participação em atividades recreativas e de lazer entre crianças com deficiência motora complexa. **Medicina de Desenvolvimento & Neurologia Infantil**. v. 48, n. 5, p. 337-342, 2006.

LEMOYNE, J.; VALOIS, P.; GUAY, F. Physical self-concept and participation in physical activity in college students. **Medicine & Science in Sports & Exercise**. v. 47, n. 1, p. 142-150, 2015.

LI, R.; BUNKE, S.; PSOUNI, E. Attachment relationships and physical activity in adolescents: The mediation role of physical self-concept. **Psychology of Sport and Exercise**. v. 22, p. 160-169, Jan 2016.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Annals of Internal Medicine**, v.151, n.4, p.65-94, Aug. 2009.

LOGAN, J. et al. Anxiety and physical inactivity: breaking the vicious circle. **Mental Health Practice**. v. 21, n. 6, p. 15-19, March 2018.

LOPES, C. R. et al. Xomparação dos métodos de alongamento ativo estático, passivo estático e ativo dinâmico na flexibilidade de quadril. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**. v. 12, n. 80, Suplementar 3, p. 1117-1123, Jul./Dez. 2018.

LOSS, L. C. et al. A systematic review os cross-cultural adaptation and validation of Borg's Rating of Perceived Exertion Scale. **Journal of Physical Education**. v. 28, n. 2853, 2017.

LUCAS-CARRASCO, R. et al. Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. **Neurodegener Disorders**. v. 8, n. 4, p. 178-186, 2011.

MAESTRO-GONZALEZ, A. et al. Quality of life as assessed by adults with cerebral palsy. **Plos ONE**. Feb 2018.

MAGNUSSON, L. et al. Quality of life of prosthetic and orthotic users in South India: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 17, n. 50, 2019.

MAIR, C. A.; THIVIERGE-RIKARD, R. V. The Strength of Strong Ties for Older Rural Adults: Regional Distinctions in the Relationship Between Social Interaction and Subjective Well-Being. **International Journal of Aging & Human Development**. v. 70, n. 2, p.119-143, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARINHO, C. L. A.; VIEIRA, S. C. M. Qualidade de vida em adolescentes com necessidades especiais em um município de Pernambuco. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 18, n. 1, p. 50-57, 2015.

MARSH, H. W.; MARTIN, A. J.; JACKSON, S. Introducing a short version of the physical self description questionnaire: New strategies, short-form evaluative criteria, and applications of factor analyses. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v.32, p.438–482, 2010.

MARTIN GINIS, K. A.; JÖRGENSEN, S.; STAPLETON. J. Exercise and sport for persons with spinal cord injury. **Public Menagement Review**. v. 4, p. 894–900, 2012.

MCCARTHY, P. J. Positive emotion in sport performance: current status and future directions. **International Review of Sport and Exercise Psychology**. v. 4, n. 1, p.50-69, 2011.

MCCARTAN, C. J. et al. Factors that influence participation in physical activity for anxiety or depression: a synthesis of qualitative evidence. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 3, 2020.

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. **Journal of Spinal Cord Medicine**. v. 32, p. 115–124, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, p. 7-18, 2000.

MOUAD, Mariana. **Efeitos de dois modelos de treinamento combinado sobre indicadores de saúde em jovens universitárias de Londrina**. 2020. 160 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

MORRIS, C. et al. As habilidades de crianças com paralisia cerebral explicam suas atividades e participação? **Medicina de Desenvolvimento & neurologia Infantil**. v. 48, n. 12, p. 954-961, 2006.

MURLASITS, Z.; NEFFEL, Z.; THALIB, L.; The physiological effects of concurrent strength and endurance training sequence: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Sports Sciences**. v. 36, n. 11, p. 1212-1219, 2018.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6ª ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NANGLE, D. W. et al. Popularidade, quantidade de amizade e qualidade de amizade: Influências interativas na solidão e na depressão das crianças. **Revista de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente**. v. 32, n. 4, p. 546-555, 2003.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016.

NOCE, F.; SIMIM, A.M.; 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 de Medicina do Esporte**, v.15, n.3, maio/jun., 2009.

NOCE, F. et al. A influência do exercício físico na qualidade de vida de pessoas com deficiência física. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**. v. 12, n. 3, p. 272-288, 2023.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface – Comunicação & Saúde**. v. 16, n. 40, p. 219-233, 2012.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. **Paidéia**. v. 17, n. 36, p. 9-20, 2007.

PASSARELI, P. M.; SILVA, J. A. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. **Estudos de Psicologia**. v. 24, n.4, p. 513-517, 2007.

PAVOT, W.; DIENER, E. Review of the Satisfaction With Life Scale. **Psychological Assessment**. v. 5, n. 2, p. 164-172, 1993.

POLLOCK, M.; WILMORE, J. Evaluation and prescription for prevention and rehabilitation. *In*: POLLOCK, M.; MICHAEL, L. **Exercise in Health and Disease: Evaluation and Prescription for prevention and rehabilitation**. 2 Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990.

PUPO, A. C.; DE ALMEIDA, K. V.; TRENCH, M. C. B. Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência: revisão sistemática da literatura. **Distúrbios da Comunicação**. v. 33, n.1, p. 124-140, 2021.

PUREZA, J. R. et al. Psicologia Positiva no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. v. 8, n. 2, p. 109-117, 2012.

RAJATI, F. et al. Quality of life predictors on physically disabled people. **Journal of Education and Health Promotion**. v. 7, n. 61, 2018.

RESENDE, M. C.; GOUVEIA, V. V. Qualidade de vida em adultos com deficiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 24, n. 1, p. 99-106, 2011.

RESENDE, M. C.; LEÃO, R. Respeito pelo lar e pela família. *In*: RESENDE, A. P. C.; Vital, F. M. P. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 78-81.

RODRIGUES, D. N.; MUSSI, R. F. F.; ALMEIDA, C. B. Atividade física na promoção da saúde de amputados. **EFDeportes.com**. v.19, n.191, abr. 2014.

SACRAMENTO, A. C. et al. Socialização de crianças com deficiência em um programa de atividade física motora adaptada. **Retos**. n. 47, p. 531-538, 2023.

SAMULSKI, D. **Psicologia do esporte**. São Paulo: Manole, 2002.

SANCHEZ, G. C. et al. Treinamento resistido para pessoas com deficiência física: qualidade de vida, autonomia e deficiência. **Revista Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**. v. 22, n. 1, p. 15-26, Jan-Jun 2021.

SANCHEZ, H. M. et al. Effects os a warm-up-cool-down protocol on muscle flexibility. **Acta Fisiátrica**. v. 29, n. 2, p. 124-128, 2022.

SANTAMARIA, T. et al. Imagine your body even without seeing it: the effect of physical activity upon the physical self-concept in people with and without blindness. **Sport Science for Health**. Published online; Jan 2020.

SCARPA, S. 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**. v.4, n.1, p.38–53, 2011.

SCARPA, S.; PALUMBO, C. Physical self-concept in athlets with congenital versus acquired disabilities. **Rivista Italiana di Pedagogia dello Sport**. v. 2; p. 1-15; 2017.

SCHALOCK, R.; VERDUGO, M. E. L. Concepto de Calidad de Vida en Los Servicios y Apoyos para Personas con Discapacidad Intelectual. **Revista Espanhola sobre Discapacidad Intelectual**. v. 38, p. 21-36, 2007.

SERASSUELO JUNIOR, Helio. **Comportamento de autoconceito de crianças em idade escolar: um estudo de influências de variáveis antropométricas e psicossocioculturais**. 2007. 248 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SERENO, Ana Cláudia Nunes. **Resiliência e adolescência: estudo da relação entre fatores de resiliência e a qualidade de vida em adolescentes com deficiência motora**. 2011. 193 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) Programa de Pós Graduação em Educação Especial e Reabilitação pela Universidade de Lisboa; 2011.

SHAPIRO, D. R.; MARTIN, J. J. Multidimensional Physical Self-Concept of Athletes With Physical Disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 27, p. 294-307, 2010.

SHMITT, B. D.; ZUCHETTO, A. T.; NASSER, J. P. Influência da Educação Física Adaptada inclusiva no desenvolvimento global de uma criança com deficiências múltiplas durante três anos. **Sinergis**. v. 17, n. 1, p. 48-55, 2016.

SHUBLAQ, M.; ORSINI, M.; PUCCIONI-SOHLER, M. Implications of HAM/TSP functional incapacity in the quality of life. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v. 69, n. 2, p. 208-211, 2011.

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

SILVA, J. et al. Níveis insuficientes de atividade física de adolescentes associados a fatores sociodemográficos, ambientais e escolares. **Ciência & saúde coletiva**. v. 23, n. 12, p. 4277-4288, Dec. 2018.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SIT, C. H. P.; LAU, C. H. L. Physical Activity and Self-Perceptions Among Hong Kong Chinese With na Acquired Physical Disability. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 26, p. 321–335, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da diretriz Brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2, 2017.

SWEENEY, A. M.; WILSON, D. K.; LEE VAN HORN, M. Longitudinal relationships between self-concept for physical activity and neighborhood social life as predictors

of physical activity among older African American adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 67, 2017.

TASIEMSKI, T. et al. Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injury. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 21, n. 364–378, 2004.

TANAKA, H.; MONAHAN, K. D.; SEALS, D. R. Age-predicted maximal heart rate revisited. **Journal of the American College of Cardiology**. v. 37, n. 1, January 2001.

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

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TOBASE, L. et al. O Uso da Escala de Borg na Percepção do Esforço em Manobras de Reanimação Cardiopulmonar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 120, n. 1, 2023.

TÓTH, L. et al. Exercise involvement and trait-anxiety are determinants of physical self-concept: exercisers exhibit superior profiles compared with non-exercisers. **Journal of Physical Education and Sports**. v. 19, n. 1, p. 580-585, 2019.

VAZ JUNIOR, Arnaldo. **Autoconceito físico: Adaptação transcultural e validação do Physical Self-Description Questionnaire – Short (PSDQ-S)**. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Educação Física e Esporte, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

VAZ JUNIOR, A. et al. Validação da versão brasileira do Physical Self-Description Questionnaire – Short. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**. v. 13, n. 2, online, 2020.

VON ELM, E. et al. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Preventive Medicine**. v.45, n.4, p.247-251, Oct. 2007.

WEINBER, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WELLICHAN, D. S. P.; SANTOS, M. G. F. Atividade física adaptada para a pessoa com deficiência: o CrossFit Adaptado para um grupo com cadeirantes e amputado. **Temas em Educação e Saúde**. v. 15, n. 1, p. 146-158, jan./jun., 2019.

WHO – World Health Organization. **Mental Health: New Understanding**. Geneva: World Health Organization, 2001.

WHO – World Health Organization. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, 2004.

WHO – World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**. v. 41, p. 1403-1410, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Carta Convite

Convite

Convidamos vossa senhoria a participar da pesquisa “Autoconceito físico, qualidade de vida e bem-estar subjetivo de adultos brasileiro: Mediação e relação com prática de atividade física e deficiência”. O objetivo da pesquisa é “Avaliar diferentes medidas psicológicas antes e após diferentes protocolos de exercícios físicos”. Sua participação é muito importante e gostaríamos de informar que todas as avaliações serão realizadas no Instituto de Ensino Superior de Londrina - INESUL, com a permissão/supervisão dos pesquisadores.

A pesquisa transcorrerá através da aplicação de um questionário socioeconômico, caracterização e outros três questionários de variáveis psicológicas, que serão aplicados em três momentos distintos, antes, durante e após o programa de treinamento. Para elaboração dos programas de treino serão efetuadas, previamente, medidas para análise da força de diferentes segmentos musculares. Assim, serão estruturadas 24 sessões de treinamento combinado (treino de força e aeróbio), distribuídas em 12 semanas para o grupo Intervenção 1 e 12 sessões de treinamento combinado (treino de força e aeróbio), distribuídas em 12 semanas para o grupo Intervenção 2. Dessa forma, o estudo necessita que haja participação ativa durante todo o período. As informações serão utilizadas para fins dessa pesquisa e para pesquisas posteriores e todos os documentos e amostras utilizados serão identificados por um código numérico sem identificação do nome pessoal para preservar a identidade do participante. Lembramos que não será cobrada taxa alguma pelo programa de treinos, nem pelas avaliações. Da mesma forma, nenhuma quantia será paga aos participantes.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar o Prof. Dr. Helio Serassuelo Junior, no Departamento de Esportes da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43) 99976-2589 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

_____, ____ de _____ de 2022.

Pesquisador Responsável: Hélio Serassuelo Junior

RG: 4.112.860-7

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“AUTOCONCEITO FÍSICO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE ADULTOS BRASILEIRO: MEDIAÇÃO E RELAÇÃO COM PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E DEFICIÊNCIA”.

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “Autoconceito físico, qualidade de vida e bem-estar subjetivo de adultos brasileiro: Mediação e relação com prática de atividade física e deficiência”. O objetivo da pesquisa é analisar a qualidade de vida, o autoconceito físico e o bem-estar subjetivo e suas relações com a prática de atividade física de pessoas com deficiência motora. Sua participação é muito importante e gostaríamos de informar que todas as avaliações serão realizadas na academia Arizona Cross e Funcional, com a permissão/supervisão dos pesquisadores. A assinatura deste termo incluirá sua participação nas seguintes atividades: (1) Preenchimento de característica da amostra; (2) Preenchimento dos instrumento WHOQOL-Dis, PSDQ-S e EBES; (3) Participação em um programa de treinamento de força e cardiorrespiratório. As atividades serão supervisionadas por pesquisadores devidamente treinados participantes do projeto.

Gostaríamos de esclarecer que a participação é totalmente voluntária. O participante pode recusar-se a participar sem sofrer nenhum prejuízo. As informações serão utilizadas para fins dessa pesquisa e para pesquisas posteriores e todos os documentos e amostras utilizados serão identificados por um código numérico sem identificação do nome pessoal para preservar a identidade do participante. Lembramos que não será cobrada taxa alguma por estas avaliações. Da mesma forma, nenhuma quantia será paga aos participantes.

Ao final do estudo comprometemo-nos a retornar com os resultados de todas as avaliações, que serão entregues aos participantes. Diversos benefícios são esperados com a conclusão dessa pesquisa, análise de domínios psicológicos dos participantes antes e após a intervenção, disseminação dos desfechos da pesquisa e, melhorias físicas e psicológicas para os participantes. Os riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados dores locais e possíveis edemas referentes à retirada de

amostra sanguínea e aos treinos, visto que estes serão acompanhados, constantemente, pelos pesquisadores. Caso ocorra alguma intercorrência durante os testes ou durante o treinamento, será solicitado o serviço de emergência para o atendimento do participante, se necessário.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá contatar o Prof. Dr. Helio Serassuelo Junior, no Departamento de Ciências do Esporte da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43) 3371-4228 / (43) 99976-2589 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

_____, ____ de _____ de 2022.

Pesquisador Responsável: Hélio Serassuelo Junior

RG: 4.112.860-7

(nome por extenso do participante), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, aceito em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____ Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE III – Questionário de Caracterização da Amostra

QUESTIONÁRIO I – ABEP 2021

Prezado (a) estudante:

Este questionário faz parte da pesquisa intitulada: “Autoconceito físico, qualidade de vida e bem-estar subjetivo de adultos brasileiro: Mediação e relação com prática de atividade física e deficiência”. Leia com atenção todos os itens e responda-os COM sinceridade. Em caso de dúvidas, pergunte ao pesquisador. Os dados fornecidos por você serão mantidos em sigilo e serão utilizados somente para a realização desta pesquisa. Muito obrigado pela colaboração.

Professor responsável: Hélio Serassuelo Junior

Data de hoje:

/ /

Cidade:

Estado:

I. DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:

Data de nascimento: / / Celular: Whatsapp? N S 1. Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

Endereço completo: N°

Bairro/Referência: Telefone fixo:

Qual a cor da sua pele? 1 Parda/Morena 2 Preta 3 Branca 4 Amarela 5 Indígena

II A. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Quantos desses itens têm em sua casa? – Atenção! Não vale o que está quebrado, emprestado ou de uso comercial.

Itens possuídos	Não tem	Tem			
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
4. Quantidade de banheiros.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
6. Quantidade de geladeiras.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, tablets, palms ou smartphones.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
9. Quantidade de lavadora de louças.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
10. Quantidade de fornos de micro-ondas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+
12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4ou+

II B. GRAU DE ESCOLARIDADE

Qual é o grau de instrução do **chefe da família**? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Analfabeto ou estudou até a 3ª série do fundamental | <input type="checkbox"/> 5 Médio incompleto (não concluiu o 3º ano) |
| <input type="checkbox"/> 2 4ª série fundamental | <input type="checkbox"/> 6 Médio completo (concluiu o 3º ano) |
| <input type="checkbox"/> 3 Fundamental Incompleto (não concluiu a antiga 8ª série) | <input type="checkbox"/> 7 Superior incompleto (não concluiu a faculdade) |
| <input type="checkbox"/> 4 Fundamental completo (concluiu a antiga 8ª série) | <input type="checkbox"/> 8 Superior completo (concluiu a faculdade) |

II C. SERVIÇOS PÚBLICOS

A. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1 Rede geral de distribuição

2 Poço ou nascente

3 Outro meio

B. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1 Asfaltada/Pavimentada

2 Terra/Cascalho

III. EDUCAÇÃO DOS PAIS

Até que série seu PAI estudou?

Não sabe ⁰

Não se aplica ⁹

¹ Analfabeto ou estudou até a 3ª série do fundamental

⁵ Médio incompleto (não concluiu o 3º ano)

² 4ª série fundamental

⁶ Médio completo (concluiu o 3º ano)

³ Fundamental Incompleto (não concluiu a antiga 8ª série)

⁷ Superior incompleto (não concluiu a faculdade)

⁴ Fundamental completo (concluiu a antiga 8ª série)

⁸ Superior completo (concluiu a faculdade)

Até que série sua MÃE estudou?

Não sabe ⁰

Não se aplica ⁹

¹ Analfabeto ou estudou até a 3ª série do fundamental

⁵ Médio incompleto (não concluiu o 3º ano)

² 4ª série fundamental

⁶ Médio completo (concluiu o 3º ano)

³ Fundamental Incompleto (não concluiu a antiga 8ª série)

⁷ Superior incompleto (não concluiu a faculdade)

⁴ Fundamental completo (concluiu a antiga 8ª série)

⁸ Superior completo (concluiu a faculdade)

QUESTIONÁRIO II

QUESTIONÁRIO DE CARACTERÍSTICAS

Já praticou atividade física? ¹ Sim ² Não

Se praticou atividade física anteriormente, quando e qual atividade?

Se praticou atividade física anteriormente, qual o motivo da interrupção da atividade?

Você apresenta alguma doença crônica não transmissível?

Você faz uso de algum medicamento? Se sim, qual?

Apresenta qual deficiência? Há quanto tempo?

O que causou a deficiência?

Participa de algum programa de reabilitação? ¹ Sim ² Não

APÊNDICE IV – Questionário de Estratificação de Risco

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Avalie seu estado de saúde marcando “X” para todas as sentenças que se traduzem na absoluta verdade:

Você já? – teve ou fez
<input type="checkbox"/> Um ataque cardíaco
<input type="checkbox"/> Cirurgia cardíaca
<input type="checkbox"/> Cateterização cardíaca
<input type="checkbox"/> Angioplastia coronária (ACTP)
<input type="checkbox"/> Marcapasso/ Implante cardíaco/ Desfibrilador/ Arritmia
<input type="checkbox"/> Doença da válvula cardíaca
<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca
<input type="checkbox"/> Transplante cardíaco
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita

Sintomas
<input type="checkbox"/> Você sentiu desconforto no peito por esforço
<input type="checkbox"/> Você sentiu falta de ar
<input type="checkbox"/> Você sentiu tonturas ou teve desmaios
<input type="checkbox"/> Você toma medicação para o coração

Se você marcou algum destes itens (histórico, sintomas e outros problemas de saúde), consulte um médico antes de exercitar-se.

Outros problemas de saúde
<input type="checkbox"/> Você tem diabetes
<input type="checkbox"/> Você tem asma ou outras doenças pulmonares
<input type="checkbox"/> Você tem “queimação” ou sensação de câimbra nas suas pernas quando caminha distâncias curtas
<input type="checkbox"/> Você tem problemas musculó-esqueléticos que limitam sua atividade física
<input type="checkbox"/> Você tem preocupações sobre segurança para o exercício
<input type="checkbox"/> Você toma medicação prescrita
<input type="checkbox"/> Você está grávida

Fatores de risco cardiovasculares
<input type="checkbox"/> Você é homem com idade superior a 45 anos
<input type="checkbox"/> Você é mulher com idade superior a 55 anos e tem histerectomia ou está na pós-menopausa
<input type="checkbox"/> Você fuma ou parou de fumar nos últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Sua pressão arterial é maior que 140/90 mmHg
<input type="checkbox"/> Você não conhece sua medida de pressão arterial
<input type="checkbox"/> Você toma medicação para pressão arterial
<input type="checkbox"/> Seu nível de colesterol sanguíneo é superior a 200 mg/dl
<input type="checkbox"/> Você não conhece seu nível de colesterol sanguíneo
<input type="checkbox"/> Você tem um parente próximo que teve um ataque cardíaco ou fez cirurgia cardíaca antes dos 55 anos (pais ou irmãos) ou antes dos 65 (mãe ou irmãs)
<input type="checkbox"/> Você é insuficientemente ativo (você faz menos que 30 minutos de atividade física por pelo menos 5 dias da semana)
<input type="checkbox"/> Você tem sobrepeso (IMC >30,00 kg/m ²)
<input type="checkbox"/> Nenhuma das anteriores

Se você marcou algum destes itens (histórico, sintomas e outros problemas de saúde), consulte um médico antes de exercitar-se.

Você é capaz de exercitar-se com segurança sem a necessidade de consulta a um médico.

NOME: _____

DATA: _____ ASSINATURA: _____

ANEXOS

ANEXO I – WHOQOL-Dis

(BREDEMEIER et al., 2014) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

* Você deve circular o número 1, se não recebeu nada de apoio.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1G	Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2G	Quão satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para fazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, conhecidos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com seu acesso ao serviço de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequente mente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

MÓDULO INCAPACIDADES

A próxima questão pergunta sobre sua incapacidade (deficiência/limitação) de um modo geral.		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
27 G	Sua incapacidade (deficiência/limitação) tem um efeito negativo (ruim) em sua vida diária?	1	2	3	4	5

As próximas questões perguntam a respeito de como você se sentiu sobre certas coisas, o quanto elas se aplicaram a você e se você esteve satisfeito(a) com vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
28	Você sente que algumas pessoas tratam você de forma injusta?	1	2	3	4	5
29	Você precisa de que alguém "tome seu partido" quando tem problemas?	1	2	3	4	5
30	Você se preocupa com o que poderia acontecer com você no futuro? <i>Por exemplo, pensando sobre não ser capaz de cuidar de si mesmo(a) ou sobre ser um peso para outros no futuro.</i>	1	2	3	4	5
31	Você se sente no controle da sua vida? <i>Por exemplo, você se sente comandando a sua vida?</i>	1	2	3	4	5
32	Você faz suas próprias escolhas sobre sua vida no dia-a-dia? <i>Por exemplo, sobre aonde ir, o que fazer, o que comer.</i>	1	2	3	4	5
33	Você toma as grandes decisões na sua vida? <i>Por exemplo, decidir onde morar, ou com quem morar, como gastar seu dinheiro.</i>	1	2	3	4	5
34	Você está satisfeito(a) com sua habilidade para se comunicar com outras pessoas? <i>Por exemplo, como você diz as coisas ou defende seu ponto de vista, o modo como você entende as outras pessoas, através de palavras ou sinais.</i>	1	2	3	4	5
35	Você sente que as outras pessoas aceitam você?	1	2	3	4	5
36	Você sente que as outras pessoas respeitam você? <i>Por exemplo, você sente que os outros valorizam você como pessoa e que ouvem o que você tem para dizer?</i>	1	2	3	4	5
37	Você está satisfeito(a) com suas chances de se envolver em atividades sociais? <i>Por exemplo, de encontrar amigos, de sair para comer fora, de ir a uma festa, etc.</i>	1	2	3	4	5
38	Você está satisfeito(a) com suas chances para se envolver nas atividades de sua comunidade (locais)? <i>Por exemplo, participar do que está acontecendo em sua localidade ou vizinhança.</i>	1	2	3	4	5
39	Você sente que seus sonhos, expectativas e desejos irão se realizar? <i>Por exemplo, você sente que terá a chance de fazer as coisas que deseja ou de obter as coisas que deseja em sua vida?</i>	1	2	3	4	5

As próximas questões perguntam a respeito de como você se sentiu sobre certas coisas, o quanto elas se aplicaram a você e se você esteve satisfeito(a) com vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
40	Você está satisfeito(a) com as oportunidades que você tem para trabalhar? <i>Por exemplo, com as ofertas de trabalho que recebe?</i>	1	2	3	4	5
41	Você está satisfeito(a) com as adaptações de seu ambiente à sua limitação? <i>Por exemplo, rampas de acesso, banheiros adaptados e elevadores.</i>	1	2	3	4	5
42	Você está satisfeito(a) com as oportunidades que você tem de estudar? <i>Por exemplo, se você quiser que uma escola ou universidade o aceite como aluno(a).</i>	1	2	3	4	5
43	Você está satisfeito(a) com a sua alimentação? <i>Por exemplo, com a qualidade e com a quantidade de comida que você come.</i>	1	2	3	4	5
44	As barreiras físicas no seu ambiente afetam sua vida diária? <i>Por exemplo, degraus e escadas.</i>	1	2	3	4	5

ANEXO II – PHYSICAL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE- SHORT (PSDQ-S)

(VAZ JUNIOR et al., 2020)

PSDQ-S

INSTRUMENTO

Todas as informações fornecidas serão mantidas estritamente confidenciais.

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ (Anos/meses) Sexo: Homem / Mulher (circule)

Programa: _____ Grupo: _____

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES.

Este não é um teste - não há respostas certas ou erradas.

Esta é uma chance de olhar para si mesmo. Não é um teste. Não há respostas certas e todos terão respostas diferentes. Certifique-se de que suas respostas mostram como você se sente sobre si mesmo. **POR FAVOR, NÃO FALE SOBRE SUAS RESPOSTAS COM QUALQUER OUTRA PESSOA.** Manteremos suas respostas privadas e não as mostraremos a ninguém.

O objetivo deste estudo é ver como as pessoas se descrevem fisicamente. Nas páginas seguintes você será convidado a pensar sobre si mesmo fisicamente; Por exemplo, “o quão bom você é”, “quão forte você é”, “quão bom você é no esporte”, “se você se exercita regularmente”, “se você está fisicamente coordenado”, “se você ficar doente muitas vezes” e assim por diante. Responda cada frase pensando em como você se sente agora. Por favor, não deixe nenhuma frase em branco.

Quando estiver pronto para começar, leia cada sentença e decida sua resposta. Há seis respostas possíveis para cada pergunta - "Verdadeiro", "Falso", e quatro respostas no meio. Há seis números ao lado de cada frase, um para cada uma das respostas. As respostas são escritas no topo dos números. Escolha a sua resposta para uma frase e marque com um círculo a resposta que você escolher. **NÃO diga sua resposta em voz alta ou fale sobre isso com mais ninguém.** Antes de começar há três exemplos abaixo. Um aluno chamado João respondeu aos dois primeiros exemplos para mostrar como fazê-lo. No terceiro exemplo, ele respondeu de forma, porém resolveu alterar sua resposta.

1	2	3	4	5	6
Falso	Geralmente falso	Mais falso que verdadeiro	Mais verdadeiro que falso	Geralmente verdadeiro	Verdadeiro

Por exemplo:

- A. Eu sou uma pessoa criativa. 1 2 3 4 **5** 6
(O 5 foi circundado porque a pessoa que respondeu acredita que a afirmação "Eu sou uma pessoa criativa" é na maior parte verdadeira. Ou seja, ele / ela sente que na maioria das situações tem boa criatividade.)
- B. Eu sou bom em escrever poesia. 1 **2** 3 4 5 6
(O 2 foi circundado porque a pessoa que respondeu acredita que a declaração é na maior parte falsa. Ou seja, ele / ela sente que não escreve poesia boa.)
- C. Eu gosto de brincar com animais de estimação. 1 2 3 4 ~~5~~ **6**
(O 5 foi circundado porque no princípio a pessoa pensou que a indicação era na maior parte verdadeira. Porém, a pessoa a anulou e marcou a 6 para mostrar que a indicação era muito verdadeira sobre ele / ela.)

PSDQ-S

Por favor, marque o número que reflete a melhor declaração a seu respeito.

Declarações		Falso						Verdadeiro					
1	Realizo bem exercícios de coordenação motora	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2	Eu sou uma pessoa fisicamente forte.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3	Eu flexiono e torço meu corpo muito bem.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4	Posso percorrer longas distâncias sem parar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5	Tenho bons resultados no que faço na vida.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6	Sempre contraio doenças que estão circulando.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7	Controlo os movimentos do meu corpo com facilidade.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8	Eu pratico exercícios que aceleram minha respiração.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
9	A minha circunferência abdominal é muito grande.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10	Sou bom na maioria dos esportes que pratico.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
11	Fisicamente, eu estou feliz comigo mesmo.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
12	Eu tenho um rosto bonito.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
13	Eu tenho muita força física.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
14	Meu corpo é flexível.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
15	Não posso fazer o que quero, porque fico muito doente.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
16	Sou bom em exercícios de coordenação.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
17	Eu tenho muita gordura corporal.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
18	Sou mais bonito do que a maioria dos meus amigos.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
19	Realizo exercícios físicos com facilidade.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
20	Eu pratico exercícios três vezes na semana.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
21	Eu estou acima do peso.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
22	Eu tenho boas habilidades esportivas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
23	Eu me sinto fisicamente bem.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
24	Não sou bom em nada.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
25	Eu fico doente com frequência.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
26	Meu corpo desempenha atividades físicas facilmente.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
27	Eu pratico esportes, dança e outros exercícios físicos.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
28	Eu tenho uma aparência bonita.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
29	Eu teria um bom desempenho em testes de força física.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
30	Consigo realizar exercícios sem me cansar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
31	Eu me dou bem em tudo o que faço.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
32	Demoro a me recuperar de doenças.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
33	Eu pratico exercícios físicos diariamente.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
34	Eu sou muito bom em esportes.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
35	Eu me sinto bem em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
36	Eu teria bons resultados em testes de flexibilidade.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
37	Eu me dou bem em atividades de resistência.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
38	Eu tenho muito do que me orgulhar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
39	Eu fico doente com mais frequência do que meus amigos.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
40	Não tenho bons resultados em nada.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

ANEXO III – ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES)

(Albuquerque; Tróccoli, 2004)

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido...

1. Aflito _____	13. Deprimido _____	25. Engajado _____	37. Estimulado _____
2. Alarmado _____	14. Interessado _____	26. Produtivo _____	38. Incomodado _____
3. Amável _____	15. Entediado _____	27. Impaciente _____	39. Bem _____
4. Ativo _____	16. Atento _____	28. Receoso _____	40. Nervoso _____
5. Angustiado _____	17. Transtornado _____	29. Entusiasmado _____	41. Empolgado _____
6. Agradável _____	18. Animado _____	30. Desanimado _____	42. Vigoroso _____
7. Alegre _____	19. Determinado _____	31. Ansioso _____	43. Inspirado _____
8. Apreensivo _____	20. Chateado _____	32. Indeciso _____	44. Tenso _____
9. Preocupado _____	21. Decidido _____	33. Abatido _____	45. Triste _____
10. Disposto _____	22. Seguro _____	34. Amedrontado _____	46. Agitado _____
11. Competente _____	23. Assustado _____	35. Aborrecido _____	47. Envergonhado _____
12. Irritado _____	24. Dinâmico _____	36. Agressivo _____	

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa, o mais fielmente possível, sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo plenamente
1.	Estou satisfeito com minha vida.....			1 2 3 4 5
2.	Tenho aproveitado as oportunidades da vida.....			1 2 3 4 5
3.	Avalio minha vida de forma positiva.....			1 2 3 4 5
4.	Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida...			1 2 3 4 5
5.	Mudaria meu passado se eu pudesse.....			1 2 3 4 5
6.	Tenho conseguido tudo o que esperava da vida.....			1 2 3 4 5
7.	A minha vida está de acordo com o que desejo para mim.....			1 2 3 4 5
8.	Gosto da minha			1 2 3 4 5

	vida.....					
9.	Minha vida está ruim.....	1	2	3	4	5
10.	Estou insatisfeito com minha vida.....	1	2	3	4	5
11.	Minha vida poderia estar melhor.....	1	2	3	4	5
12.	Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida.....	1	2	3	4	5
13.	Minha vida é “sem graça”.....	1	2	3	4	5
14.	Minhas condições de vida são muito boas.....	1	2	3	4	5
15.	Considero-me uma pessoa feliz.....	1	2	3	4	5