



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Diana Inês Ascensão da Rocha

**EFEITOS DE ATIVIDADE FÍSICA NA QUALIDADE DE
VIDA, AUTOPERCEÇÕES E SATISFAÇÃO COM A VIDA DE
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL LIGEIRA**
EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
INTELECTUAL LIGEIRA

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Exercício e Saúde em Populações
Especiais, orientada pelo Professor Doutor José Pedro Ferreira e apresentada à
Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de
Coimbra

outubro de 2020

**EFEITOS DE ATIVIDADE FÍSICA NA QUALIDADE DE VIDA,
AUTOPERCEÇÕES E SATISFAÇÃO COM A VIDA DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL LIGEIRA**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências do Desporto e
Educação Física da Universidade de
Coimbra com vista à obtenção do grau de
Mestre em Exercício e Saúde em
Populações Especiais.

Orientador: José Pedro Ferreira, PhD

COIMBRA

2020

Rocha, D. (2020). *Efeitos de atividade física na qualidade de vida, autopercepções e satisfação com a vida de pessoas com deficiência intelectual ligeira*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo amor, paciência, apoio e incentivo que me deram, não só agora, mas durante a minha vida toda. Sem vocês para me lembrarem que tudo é possível com esforço e dedicação, esta conquista não seria possível.

Ao meu avô, que partiu durante a realização deste documento, pelo orgulho que sempre demonstraste em mim e pela motivação gerada através da promessa que te fiz, que foi o que, muitas vezes, fez com que me mantivesse focada no término do mestrado.

Ao Professor Doutor José Pedro Ferreira, que na qualidade de orientador se demonstrou sempre disponível e pronto a ajudar.

Às minhas companheiras de viagem, Sofia, Magda e Isabel, por todo o companheirismo, solidariedade e amizade que fizeram com que esta viagem fosse incrível, apesar de todos os altos e baixos.

À Organização de Apoio e Solidariedade para a Integração Social, pela autorização da aplicação dos questionários. E um especial obrigada ao Coordenador Desportivo, Bruno Mourinha, que me facultou informação imprescindível para a realização do estudo

A todos os participantes no estudo, pela disponibilidade demonstrada em tempos tão controversos.

A todos, o meu sincero, obrigada.

SUMÁRIO

Índice de Tabelas	6
1. Introdução	7
1.1 – Preâmbulo	7
1.2 – Apresentação Geral do Problema.....	7
1.3 – Pertinência do Estudo.....	8
1.4 – Enunciado do Problema	9
1.5 – Definição dos Objetivos e das Hipóteses	9
1.6 – Estrutura do Estudo	10
2. Revisão da Literatura.....	11
2.1 – Atividade física.....	11
2.2 – Recomendações de atividade física.....	12
2.3 – Benefícios da atividade física	14
2.4 – Implicações da inatividade no quotidiano.....	15
2.5 – Qualidade de vida.....	16
2.6 – Benefícios da atividade física para pessoas com deficiência.....	17
2.7 – Deficiência intelectual	18
2.8 – Atividade física para pessoas com deficiência intelectual	20
2.9 – Programas de atividade física para pessoas com deficiência intelectual.....	21
2.9.1 – Programas de atividade física na OASIS	23
Boccia.....	23
Atividades de pavilhão.....	25
Adaptação ao meio aquático e iniciação às técnicas de nado.....	26
Equitação Terapêutica.....	27
3. Metodologia	28
3.1 – Caracterização da Amostra	28

3.2 – Definição e Caracterização das Variáveis em Estudo.....	28
3.2.1 – Variáveis Dependentes	28
3.2.2 – Variáveis Independentes.....	29
3.3 – Identificação e Caracterização dos Instrumentos de Medida.....	29
3.3.1 – World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)	29
3.3.2 – The Satisfaction With Life Scale (SWLS)	30
3.3.3 – The Cantril Ladder	30
3.4 – Procedimentos	30
3.5 – Análise e Tratamento de Dados.....	32
4. Apresentação dos resultados	33
5. Discussão dos resultados	37
6. Conclusões.....	39
ANEXOS	46

Índice de Tabelas

Tabela 1. – Medidas de tendência central e dispersão da variável “idade”.....	33
Tabela 2. – Estatística descritiva da variável “grupo”.....	33
Tabela 3. – Estatística descritiva da variável “Scores do SWLS”.....	34
Tabela 4. – Estatística descritiva da variável “Scores do Cantril Ladder”.....	34
Tabela 5. – Correlação <i>Rho</i> de <i>Spearman</i> ã õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ ...	35
Tabela 6. – Análise das variáveis do WHOQOL-Bref em função do “Grupo”.....	36

1. Introdução

Neste primeiro capítulo, de forma introdutória, expõe-se a apresentação geral do problema, a pertinência do estudo e respetivos objetivos e hipóteses do mesmo, assim como, está especificada a estrutura de todo o documento.

1.1 É Preâmbulo

O presente documento foi realizado no âmbito da Dissertação do Mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais, com o intuito de me especializar na área profissional na qual gostaria de exercer.

Desde criança me foi dito que as pessoas com deficiência não devem ser alvo de discriminação, pois todos temos as nossas diferenças, razão pela qual merecem o mesmo respeito e consideração que a restante população. Crescer com esta premissa, e juntamente com duas crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, permitiu-me desenvolver um interesse especial nesta área, de modo a querer contribuir para uma vida melhor, mais ativa e mais saudável na população com necessidades especiais.

1.2 É Apresentação Geral do Problema

O presente estudo pretende abordar a temática da atividade física para pessoas com deficiência intelectual ligeira e perceber de que modo a aproximação às recomendações semanais de atividade física contribuem para a qualidade de vida, auto percepções e satisfação com a vida dos mesmos. As recomendações do ACSM (2018) declaram que todos os adultos entre os 18-65 anos devem acumular um total de 150 minutos de atividade física aeróbica moderada por semana, 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa ou uma junção equivalente das duas

recomendações, de modo a que as pessoas possam favorecer dos benefícios substanciais inerentes à atividade física regular.

A inatividade física é apontada como uma das maiores causas de morte em todo o mundo, e dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelaram que em 2016, 23% dos homens e 32% das mulheres com idade superior a 18 anos não são suficientemente ativos, valores que se revelam alarmantes. Posto isto, torna-se importante incentivar a prática regular de atividade física para que se obtenha repercussões positivas, não só na vida de grupos específicos, mas na vida da população em geral.

Posto isto, as pessoas com deficiência não são exceção, devendo acumular todos os minutos necessários para beneficiarem das repercussões positivas da atividade física. Assim sendo, e tendo em consideração que alguns dos técnicos não têm aptidão para adaptar as atividades de modo a que todos possam participar, torna-se vital que existam alternativas viáveis para que haja linhas de intervenção para esta população, sendo fáceis de aplicar e com custos reduzidos, com a possibilidade de cumprir as recomendações mundiais de atividade física.

Vários estudos (Dairo, Collett, Dawes, & Oskrochi, 2016) têm sido desenvolvidos neste âmbito, tendo como base as recomendações gerais de atividade física, e todos eles demonstraram elevados níveis de sedentarismo. Estes resultados podem ser combatidos através de programas que sejam atrativos para os seus participantes, só assim é possível assegurar a permanência destes indivíduos num estilo de vida mais saudável.

1.3 É Pertinência do Estudo

Cada vez mais se dá importância ao cumprimento das recomendações de atividade física do ACSM, principalmente em pessoas com necessidades especiais que, tendencialmente apresentam níveis baixo de atividade física ou não praticam qualquer tipo de exercício físico ou desporto. Em concordância com a ideia apresentada, existem vários estudos a reportar que, em média, as pessoas com deficiência apresentam níveis de inatividade superiores em comparação à restante população.

Tendo em conta os enormes níveis de inatividade mundial, torna-se de extrema relevância compreender os efeitos de programas de atividade ou exercício físico em populações especiais, mais especificamente os seus efeitos na qualidade de vida, autopercepções e satisfação com a vida das pessoas com deficiência intelectual ligeira.

O Eurobarómetro demonstrou que os níveis de inatividade em Portugal são dos mais elevados na Europa, revelando que quase 70% da população em geral não pratica, ou nunca praticou exercício físico ou desporto (European Commission, 2017). As evidências revelam que as pessoas com deficiência apresentam índices de sedentarismo mais elevados em comparação com os seus pares sem deficiência (Dairo, Collett, Dawes, & Oskrochi, 2016). Esta situação é preocupante, sendo de extrema importância desenvolver estudos nesta área, de modo a que, exista uma consciencialização para a problemática que é a inatividade e, conseqüentemente, esteja cada vez mais informação disponível acerca das conseqüências da atividade física regular na vida da população em geral e, mais especificamente, na população com deficiência.

1.4 É Enunciado do Problema

Através da elaboração do presente estudo quantitativo, pretende-se analisar os efeitos de programas orientados de atividade física na qualidade de vida, autopercepções e satisfação com a vida de pessoas com deficiência intelectual ligeira.

1.5 É Definição dos Objetivos e das Hipóteses

Foram delineados objetivos gerais e específicos a alcançar no decorrer do estudo, assim como, as hipóteses de pesquisa, estes estão diretamente relacionados com o cerne do estudo.

Posto isto, o objetivo geral foi perceber a importância dos programas de atividade física e, conseqüentemente, do aumento dos índices de atividade física na qualidade de vida, autopercepções e satisfação com a vida das pessoas com deficiência intelectual e os objetivos específicos foram consciencializar a população em questão para a importância da prática de atividade física regular e as pessoas responsáveis

pela implementação destes mesmos programas, de modo a que seja acessível a todos os que desejem praticar.

Em função dos objetivos enunciados, as hipóteses circunscritas foram: (1) o grupo praticante apresenta scores superiores na escala de satisfação com a vida; (2) o grupo praticante apresenta scores superiores no teste da escada; (3) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “física” em função da variável “grupo”; (4) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “psicológica” em função da variável “grupo”; (5) existem diferenças estatisticamente significativas na variável “social” em função da variável “grupo”; e (6) não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “ambiental” em função da variável “grupo”.

1.6 É Estrutura do Estudo

O presente documento está dividido em vários capítulos, sendo que no primeiro são apresentados o preâmbulo, a apresentação geral do problema, a pertinência do estudo, o enunciado do problema, a definição dos objetivos e hipóteses de pesquisa e a estrutura do estudo.

O segundo capítulo é referente ao estado da arte, onde são apresentadas várias temáticas relacionadas com o estudo em questão. Foram abordados temas como a atividade física, a qualidade de vida e a prática de atividade física em pessoas com deficiência intelectual ligeira.

O terceiro capítulo debruça-se sobre a metodologia, onde são descritos todos os processos metodológicos utilizados no decorrer do estudo. Entre eles a caracterização da amostra, a definição e caracterização das variáveis, a identificação e caracterização dos instrumentos de medida, os procedimentos e a análise e tratamento dos dados.

No quarto e no quinto capítulos são apresentados e discutidos todos os resultados obtidos através das análises estatísticas efetuadas, respetivamente.

O último capítulo é referente à conclusão, onde foi efetuada uma reflexão global acerca do presente estudo.

2. Revisão da Literatura

2.1 É Atividade física

A atividade física é definida como qualquer movimento intencional produzido pelo corpo que resulta em gasto energético, habitualmente medido em quilocalorias (kcal). A atividade física tem diversas valências pelo que pode ser categorizada como desportiva, ocupacional, doméstica, condicionante, entre outras (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985; ACSM, 2018).

A atividade física tem várias componentes, entre elas o tipo, a frequência e a intensidade. A intensidade referente à atividade física pode ser quantificada de várias formas, tais como a frequência cardíaca de reserva, consumo de oxigénio, frequência cardíaca ou equivalentes metabólicos (ACSM, 2018).

A realização de atividade física está diretamente ligada à vida de quase todas as espécies, porém a quantidade praticada é, na sua maioria, uma escolha própria, como tal varia de pessoa para pessoa, ou até para uma determinada pessoa ao longo da sua vida. Normalmente quantifica-se as kcal gastas em atividade física semanalmente ou diariamente, podendo ser examinada em períodos de tempo mais longos, de modo a perceber a regularidade da prática (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

Os mesmos autores defendem que a atividade física pode ser categorizada de diversas formas, sendo mais comum segmentar a atividade física tendo como base as porções identificáveis durante as quais ocorre. Exemplos podem contemplar a divisão da atividade física em intensidade leve, moderada ou vigorosa; em atividades semanais ou de fim de semana; ou em atividade física intencional e espontânea. Todas estas são formas concebíveis de subdividir a atividade física, desde que somem o gasto calórico total de atividade física diária (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

Em algumas civilizações o conceito de atividade física está associado à mera participação desportiva, pelo que pode existir alguma propensão para menosprezar a atividade física realizada a intensidades ligeiras a moderadas, quando é esta parcela

que representa a maioria do dispêndio energético realizado diariamente (Baptista, et al., 2011).

Embora o movimento seja uma componente fundamental à vida da maioria das espécies animais, tornou-se, devido aos avanços tecnológicos, um constituinte menos crítico da vida diária dos seres humanos. Apesar desta evolução ter contribuído para uma existência mais facilitada e para uma melhoria da qualidade de vida, traduziu-se também, num número considerável de doenças hipocinéticas, condições parcialmente atribuídas à inatividade (Baptista, et al., 2011).

Na realidade portuguesa, de acordo com os dados fornecidos pelo Eurobarómetro (2017) a população portuguesa é das menos propensas a exercer ou praticar desporto, os valores apontam que 68% não praticam ou nunca praticaram qualquer tipo de atividade. Os valores apontam que apenas 7% da população portuguesa pratica atividade física vigorosa em pelo menos 4 dias por semana, sendo que 79% da população não a realiza. Mesmo na dimensão da atividade física moderada, Portugal continua a mostrar-se dos países menos propensos a realizá-la com apenas 10% a reportar que pratica regularmente, contrapondo 72% relatou não realizar atividade física moderada. Os motivos mais apontados para estes resultados são a falta de interesse e motivação, sendo que os custos associados também foram, com muita frequência, referenciados (European Commission, 2017).

Apesar destes resultados alarmantes, em Portugal verificou-se um aumento exponencial da utilização de centros de saúde e/ou fitness, isto pode ser resultado de todas as iniciativas de consciencialização realizadas ao longo dos anos e de toda a informação disponível acerca da prática regular de atividade física. No entanto, ainda há muito trabalho a realizar de modo a atingirmos valores aceitáveis de atividade física, para isso seria importante a disponibilização de várias formas de atividade física a todos os cidadãos que queiram adotar um estilo de vida mais saudável.

2.2 É Recomendações de atividade física

As primeiras recomendações surgiram em 1995 pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* e pelo *ACSM* aconselhando que todos os adultos devam acumular

30 minutos ou mais de atividade física moderada, preferencialmente todos os dias da semana (Pate, et al., 1995).

A intenção desta recomendação foi aumentar a consciencialização acerca dos benefícios na saúde inerentes à atividade física moderada. Como resultado disto e devido a algumas interpretações inadequadas das recomendações originais de atividade física, em 2007 surgiram, por parte do ACSM e da *American Heart Association* (AHA), as recomendações de atividade física para a saúde (Haskell, et al., 2007), recomendações que até aos dias de hoje são consideradas referências mundiais. Atualmente a inatividade física continua a ser um problema de saúde pública. Os avanços e incentivos tecnológicos e económicos tendem a desvalorizar a prática de atividade física, reduzindo a quantidade de energia necessária para a realização das atividades de vida diária (Haskell, et al., 2007; ACSM, 2018).

Para além do facilitismo na vida diária das populações desenvolvidas, uma grande parte das pessoas têm a ideia errada relativamente às intensidades. Muitos indivíduos continuam a acreditar que apenas a atividade física de intensidade vigorosa traz benefícios para a saúde, enquanto outros acreditam que a atividade física leve que praticam durante o dia é o suficiente para o aumento da saúde e qualidade de vida. De modo a desmistificar ideias erradas acerca desta temática, em 2007 surgiram as recomendações mínimas de atividade física para a saúde (Haskell, et al., 2007; ACSM, 2018).

As recomendações sugeridas pelo ACSM e AHA (2007) afirmam que todos os adultos saudáveis com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos devem praticar atividade física moderada no mínimo 5 dias por semana durante 30 minutos, podendo ser repartidos por períodos de 10 minutos ou mais ou atividade física vigorosa no mínimo 3 dias por semana durante 20 minutos, sendo possível combinar a prática de atividade física moderada e vigorosa de modo a atingir esta recomendação. Relativamente ao treino de força muscular, são recomendadas atividades de modo a manter ou aumentar a força muscular, no mínimo, dois dias por semana. Para benefícios adicionais ou uma melhor prevenção de doenças associadas à inatividade, é recomendável que se exceda as recomendações mínimas de atividade física (Haskell, et al., 2007; ACSM, 2018). Na impossibilidade de acumular as quantidades recomendadas é sugerido que se acumule a quantidade possível, pois a realização de alguma atividade física é melhor que nenhuma (Baptista, et al., 2011).

Existem outras maneiras de quantificar a atividade física de modo a atingir as recomendações, uma delas é através de pedómetros. É, então, recomendado a um adulto saudável atingir 10 mil passos diários, o que corresponderá a uma caminhada de meia hora a uma intensidade moderada (Tudor-Locke & Bassett, 2004). Segundo o Livro Verde da Atividade Física estas recomendações possibilitam o reforço da participação em atividades de caminhada e, como consequência a alteração de comportamentos menos adequados (Baptista, et al., 2011).

Apesar destas recomendações serem extremamente fáceis de compreender e executar, Portugal encontra-se entre os cinco países que reportaram ser menos propensos a andar dez minutos por dia em qualquer dia da semana. Apenas 47% dos inquiridos reportaram ter caminhado durante dez minutos ou mais em pelo menos 4 dias da semana (European Commission, 2017).

É extremamente importante uma modificação de atitudes por parte da população pois o cumprimento destas recomendações ajudam na prevenção de enfermidades e promovem a saúde e o bem-estar com a aquisição de vários benefícios, no entanto as estatísticas apontam que, apesar dos homens serem mais propensos para cumprir as recomendações (50,7%) do que as mulheres (47,9%) (Haskell, et al., 2007), ainda não foram atingidos valores ideais para o aumento da qualidade de vida de toda a população.

2.3 É Benefícios da atividade física

Os benefícios da atividade física para a saúde são transversais à composição corporal, como tal todos os indivíduos ganham com a prática regular de atividade física. Posto isto, homens e mulheres que pratiquem atividade física regular apresentam taxas mais baixas de mortalidade e doenças não transmissíveis, entre elas doença coronária, pressão alta, acidente vascular cerebral, diabetes tipo II, síndrome metabólica, diversos tipos de cancro e depressão. Fortes evidências demonstram que pessoas mais ativas também apresentam um nível mais alto de aptidão cardiorrespiratória e muscular, têm uma composição corporal mais saudável e uma melhor saúde óssea, podendo também apresentar uma melhor qualidade de sono e qualidade de vida relacionada com a saúde (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008; ACSM, 2018). Mais benefícios podem ser apontados tais como

diminuição do colesterol (HDL), redução da gordura intra-abdominal, melhor tolerância à glicose, redução da morbidade, prevenção da doença da vesícula biliar, redução da ansiedade, melhoria da função cognitiva, redução do risco de quedas e lesão em pessoas mais velhas e o aumento de sensações de bem-estar (ACSM, 2018).

2.4 É Implicações da inatividade no cotidiano

Tendo em conta toda a informação exposta acerca da importância da atividade física, é de extrema importância referenciar as implicações que a inatividade física pode ter em pessoas com um estilo de vida sedentário.

A inatividade física é reconhecida como uma das quatro maiores causas de doenças não transmissíveis (WHO, 2012), evidências mostram que entre 6% a 10% de todas as mortes por doenças não transmissíveis ao redor do mundo podem ser relacionadas com a inatividade física (Lee, et al., 2012). Em 2007, entre 5 a 6 milhões de mortes em todo o mundo por doenças não transmissíveis, teoricamente, poderiam ter sido evitadas caso as pessoas inativas tivessem acumulado as doses recomendadas de atividade física. Tendo em conta estes números, esta questão é descrita como uma pandemia, com consequências ao nível da saúde, da economia, do ambiente e ao nível social (Kohl, et al., 2012).

Uma abordagem crucial para o desenvolvimento de capacidade e infraestruturas para a atividade física e para a saúde pública passa pela criação de políticas nacionais, planos de ação (Bull, Bellew, Schoeppe, & Bauman) e condições para que as pessoas possam aceder à prática de atividade física sem grandes custos associados.

Estes esforços devem dar prioridade à promoção da saúde, através da redução a inatividade, não apenas por ser um fator de risco de várias doenças não transmissíveis, mas por ser um direito humano básico (Kohl, et al., 2012). Para além disto, é necessário mudar as mentalidades da sociedade e fazer com que deem importância à prática de modo a ganharem anos de vida e anos de vida com qualidade.

2.5 É Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida abrange vários aspectos da vida de cada um, podendo abranger reações emocionais aos eventos da vida, sentimentos de satisfação com a vida, com o trabalho e a qualidade das relações pessoais (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1997) define qualidade de vida como a percepção individual da posição na vida no contexto da cultura e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito é muito abrangente, envolvendo os seguintes seis domínios: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças e a relação com o ambiente (OMS, 1997). Podemos concluir, então, que a qualidade de vida não depende única e exclusivamente da idade e do estado da saúde das pessoas, havendo mais conceitos que influenciam a mesma.

Boas condições de vida influenciam a qualidade de vida, no entanto, a variação dessas mesmas condições podem ter repercussões na satisfação do indivíduo e conseqüentemente na sua qualidade de vida. Para Ruževičius (2007), a qualidade de vida é influenciada por diversos fatores internos e externos, entre eles o emprego, a vida pessoal e familiar, stresses e crises, alimentação, oportunidades de educação, fatores ambientais e ecológicos, entre muitos outros (Ruževičius, 2007).

O mesmo autor, em 2012, propôs um modelo de qualidade de vida onde constam os seus domínios e respectivos integrantes. O primeiro domínio é referente ao estado físico, englobando a saúde, carga de trabalho, vigor e nutrição. O segundo domínio envolve o estado material que abrange o bem-estar, condições de vida, qualidade econômica, renda mensal, condições de trabalho, entre outros. O estado psicológico é referenciado como o terceiro domínio e inclui as emoções, atitudes, valores, autoestima, satisfação no trabalho, etc. O quarto domínio abrange a educação e o autodesenvolvimento, incluindo a aprendizagem, qualidade de educação, habilidades e aplicação de conhecimento. Em quinto lugar surge a relação social que abrange as relações com a família, sociedade e o nível de apoio. O sexto domínio debruça-se sobre as possibilidades de autoexpressão e lazer como as atividades de recreação, hobbies e entretenimento. Por último, surge a segurança e o meio ambiente que

envolve a segurança física e pessoal, legal, social, económica, política e jurídica (Ruževičius, 2012).

Relativamente à medição da qualidade de vida existem inúmeros instrumentos especificamente criados para tal. Alguns são para uso na população em geral, outros mais específicos foram desenvolvidos para quantificar a qualidade de vida em pessoas com doenças ou determinadas patologias. É importante referenciar que a qualidade de vida pode ser experimentada de diferentes maneiras e englobar diferentes valores dentro dos mesmos e entre diferentes grupos culturais, assim como, entre pessoas com doenças ou com deficiência em comparação com a população em geral (Ubel, Loewenstein, & Jepson, 2003; Theofilou, 2013).

2.6 É Benefícios da atividade física para pessoas com deficiência

Um dos grandes objetivos dos dias de hoje é aumentar os níveis de atividade e aptidão física em pessoas com e sem deficiência (Department of Health and Human Services, 2012). Existem diferenças nos níveis de atividade física de pessoas com deficiência e sem deficiência (Chia, Lee, & Teo-Koh, 2002; Brown, Yore, Ham, & Macera, 2005), evidências indicam que pessoas com deficiência são menos propensas a participar em atividades físicas, como consequência são pessoas mais sedentárias e, em comparação com os seus pares, têm menos probabilidade de serem tão aptos fisicamente (Boslaugh & Andresen, 2006; Sit, McManus, McKenzie, & Lian, 2007).

Tem sido destacada a importância de compreender as barreiras e facilitadores que possam afetar a participação das pessoas com deficiência em atividades físicas, pois podem providenciar informações necessárias para o desenvolvimento de intervenções com mais sucesso (Sallis, Johnson, Calfas, Caparosa, & Nichols, 1997; Kinne, Patrick, & Maher, 1999; Humpel, Owen, & Leslie, 2002). Um estudo realizado nesta área revelou que existem várias barreiras pessoais e ambientais e facilitadores relacionados com o acesso e com a participação, resultados relatados por pessoas com deficiência e profissionais da área. Neste estudo foram encontradas 10 grandes categorias de barreiras para a prática, estas foram o ambiente, os custos associados, o equipamento disponível, as recomendações, regulações e leis instituídas, o acesso à informação, fatores emocionais e psicológicos, as atitudes face à deficiência, políticas

e procedimentos e os recursos disponíveis (Rimmer, Riley, Wang, Rauworth, & Jurkowski, 2004).

Podemos, então, concluir que as pessoas com deficiência se devem tornar mais ativas de modo a que possam beneficiar dos efeitos positivos da atividade física todavia, para isso, é necessário haver mudanças nas mentalidades de todos os envolvidos. Os benefícios associados à prática de atividade física regular para pessoas com deficiência não variam muitos dos benefícios para a população em geral, dando-se mais ênfase aos ganhos nos níveis social, emocional e psicológico que daí advêm. Posto isto, vários estudos reportam a aquisição de benefícios físicos, psicológicos e emocionais, através da participação em atividade física em pessoas com deficiência (Goodwin & Compton, 2004; Nosek, Hughes, Robinson-Whelen, Taylor, & Howland, 2006; Lotan, Henderson, & Merrick, 2006).

2.7 É Deficiência intelectual

A deficiência intelectual faz parte dos transtornos do neuro desenvolvimento, um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. As condições associadas manifestam-se, por norma, antes dos 5 anos de idade, e são caracterizadas por déficits no funcionamento pessoal, social, académico ou profissional, limitações que podem variar de indivíduo para indivíduo. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a deficiência intelectual é caracterizada por déficits funcionais, tanto intelectuais, como adaptativos que resultam em prejuízos nos domínios conceitual, social e prático, resultando em dificuldades em atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à responsabilidade social e independência pessoal em um ou mais aspetos da vida diária (American Psychiatric Association, 2013).

Posto isto, para que uma pessoa seja diagnosticada com deficiência intelectual deve preencher os seguintes 3 critérios: (1) apresentar comprometimento em funções intelectuais, tais como o raciocínio, pensamento abstrato, aprendizagem académica, solução de problemas, entre outros; (2) mostrar déficits nas funções adaptativas que, sem apoio constante, resultam em limitações nas atividades de vida diária, tais como a comunicação, participação social, vida independente, etc.; (3) o início destes déficits devem ter início no período de desenvolvimento. Para que o segundo ponto seja

preenchido, é necessário que o indivíduo tenha dificuldades em pelo menos um dos domínios do funcionamento adaptativo, dificuldades essas que requerem um apoio continuado. Mais se acrescenta que, para que sejam satisfeitos os critérios de diagnóstico da deficiência em questão, os déficits no funcionamento adaptativo precisam de estar associados com dificuldades intelectuais (American Psychiatric Association, 2013). Este diagnóstico tem por base uma avaliação clínica e testes padronizados das funções intelectual e adaptativa.

Este manual refere, também, que os níveis de gravidade são definidos consoante o funcionamento adaptativo, ao revés de serem baseados nas pontuações do quociente de inteligência, pois o nível de apoio necessário é determinado pelo funcionamento adaptativo. Existem, portanto, quatro níveis de gravidade que vão influenciar os três domínios referidos previamente, sendo estes o nível leve, moderado, grave e profundo. Este transtorno tende a perdurar pela vida, no entanto os níveis de gravidade podem alterar ao longo da mesma através de intervenções precoces e continuadas. Em algumas situações, através desde acompanhamento, as melhorias da função intelectual são tão significativas que o diagnóstico de deficiência intelectual já não se adequa.

Como já referido, o funcionamento adaptativo engloba três domínios, sendo estes o domínio conceitual, social e prático. O primeiro domínio está associado com competências de linguagem, leitura, escrita, memória, raciocínio matemático, solução de problemas, aquisição de conhecimentos práticos, entre outros. O domínio social envolve habilidades sociais, de amizade, empatia, comunicação interpessoal, julgamento social, percepção de pensamento e sentimentos, etc. Por último, o domínio prático abrange a aprendizagem e autogestão em todas as situações da vida. Para além disto, outros aspetos influenciam o funcionamento adaptativo, entre elas a capacidade intelectual, a experiência cultural, as condições médicas, a educação, a comorbidade e os aspetos relacionados com a personalidade (American Psychiatric Association, 2013).

Relativamente às etiologias, estas podem ser de natureza pré-natal, perinatal e pós-natal. As causas pré-natais abrangem síndromes genéticas, malformações encefálicas, influências ambientais, erros do metabolismo e doença materna. As causas perinatais envolvem os eventos no trabalho de parto. Por fim, as causas pós-natais envolvem lesão hipóxica-isquémica, síndromes metabólicas tóxicas, infeções, privação social severa, lesão cerebral traumática, doenças convulsivas e

desmielinizantes e intoxicações (American Psychiatric Association, 2013). Mais acrescentam que esta deficiência apresenta uma prevalência geral de cerca de 1%, com variações em decorrência da idade. Indivíduos do sexo masculino, por norma, possuem mais tendência do que os do sexo feminino para o diagnóstico de deficiência intelectual. Fatores genéticos associados ao sexo e vulnerabilidade do sexo masculino a lesões no cérebro podem corresponder a algumas das diferenças observadas.

2.8 É Atividade física para pessoas com deficiência intelectual

Vários estudos reconheceram vários indicadores para os baixos níveis de atividade física presentes em indivíduos com deficiência intelectual, em comparação com a população em geral. Foram, então, identificados a idade avançada, a falta de oportunidade para a prática desportiva, a falta de mobilidade, incontinência, distúrbios compulsivos e o meio onde estão inseridos (Finlayson, et al., 2009), o índice de massa corporal (McGuire, Daly, & Smyth, 2007) e a falta de diversidade e apoios à participação regular em atividades físicas (Temple & Walkley, 2007).

Para além de identificar as barreiras existentes para a prática de atividade física para pessoas com deficiência intelectual, torna-se, igualmente, relevante reconhecer os fatores motivacionais que os fazem prosseguir num estilo de vida ativo. Diversos estudos demonstraram que os atletas com deficiência intelectual são motivados para a prática pela diversão, amizade e companheirismo e conquistas pessoais (Farrell, Crocker, McDonough, & Sedgwick, 2004; Shapiro, 2003; Zoerink & Wilson, 1995).

Vários estudos corroboram com a literatura disponível acerca dos níveis de atividade física em pessoas com deficiência, demonstrando que a deficiência intelectual também apresenta níveis muito baixos de atividade física (Dairo, Collett, Dawes, & Oskrochi, 2016), apesar de estarem bem definidos os benefícios que daí advêm.

Nas últimas décadas tem-se desenvolvido, cada vez mais, novas oportunidades para a prática desportiva para indivíduos tendencialmente excluídos das mesmas, em particular crianças, jovens e adultos com deficiências intelectuais ao redor do mundo (Special Olympics, 2019; INAS, 2017). Tendo em conta a habitual exclusão de pessoas com deficiência, a atividade física é apontada como um importante elo de ligação cultural e social entre todas as pessoas que a praticam, independentemente da

sua idade, etnia, crenças e todas e quaisquer individualidades. De modo a ajudar as pessoas com deficiência intelectual a melhorar as suas habilidades motoras, devem ser criados programas adaptados às capacidades de cada indivíduo, apenas assim será possível maximizar o seu potencial.

Cada vez mais o movimento da Special Olympics tem crescido e fornecido oportunidades a pessoas com deficiência intelectual na participação de desportos variados, através de escolas e programas comunitários. Para além da componente social, a participação regular em programas da Special Olympics tem impacto nos níveis de aptidão física e pode ajudar no nível de independência desta população nas atividades de vida diária. Relativamente à alta competição, a Federação Internacional para Atletas com Deficiência Intelectual (INAS) oferece oportunidades competitivas a nível internacional para atletas com deficiência intelectual (Van de Vilet, et al., 2006).

2.9 É Programas de atividade física para pessoas com deficiência intelectual

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos vários estudos com base em diversos programas de atividade ou exercício físico para pessoas com deficiência intelectual e muitos desses estudos revelaram indicadores muito promissores.

Em 2004, Carter et al. conduziram um estudo realizado com 11 adultos com deficiência intelectual, tendo como base um programa de exercício físico. Este programa realizava-se 3 vezes por semana, durante 11 semanas e incluía exercícios para a flexibilidade, treino de força e cardiovascular. Os resultados, apesar de inconclusivos, demonstraram resultados positivos na perda de peso, na frequência cardíaca e na pressão sanguínea (Carter, et al., 2004). Também no mesmo ano, Heller, Hsieh & Rimmer (2004) um programa de exercício aplicado a 53 adultos com síndrome de Down e deficiência intelectual ligeira a moderada resultou em melhorias nas atitudes para com o exercício (mais autoeficácia, resultados esperados positivos e menos barreiras emocionais), maior satisfação com a vida e índices de depressão mais baixos (Heller, Hsieh, & Rimmer, 2004). Outros estudos demonstraram melhorias a nível físico, através de programas de exercício físico em adultos com deficiência intelectual. Os resultados do estudo de Carmeli, Zinger-Vaknin, Morad, & Merrick, 2005 apresentaram melhorias no autoconceito, no equilíbrio e força com treinos

direcionados para esses domínios do fitness, 3 vezes por semana durante 6 meses (Carmeli, Zinger-Vaknin, Morad, & Merrick, 2005). Também foram encontradas evidências de que programas (6 meses) de exercício aeróbico e atividades de lazer, 3 vezes por semana com a duração de 20 a 40 minutos, diminuem a ansiedade desta população (Carmeli, Barak, Morad, & Kodesh, 2009). Mais recentemente foi aplicado um programa de treino, com a duração de 16 semanas a 38 adultos com deficiência intelectual moderada, este programa acontecia 2 vezes por semana e tinha a duração de 60 minutos por sessão, e englobava uma variedade de atividades motoras projetadas para atingir a velocidade, força muscular, equilíbrio, coordenação e resistência cardiovascular. Os resultados obtidos indicaram melhorias nas características antropométricas em todos os participantes, especificamente no peso, na percentagem de massa gorda e no índice de massa corporal. Também se verificaram melhorias em 5 dos testes selecionados para a avaliação do nível de aptidão física (Asonitou, Mpampoulis, Irakleous-Paleologou, & Koutsouki, 2018). Por último, foi realizado um estudo com 12 adultos com deficiência intelectual, tendo por base um programa de exercício aeróbico (atividades rítmicas) e treino de força (exercícios com fita elástica). O programa foi conduzido por 12 semanas com sessões bissemanais de 90 minutos, todas as sessões eram compostas por aquecimento, parte fundamental e retorno à calma. Os resultados demonstraram um aumento da massa magra, apesar de não significativos, contudo revelaram resultados estatisticamente significativos na resistência muscular. Também não foram observadas diferenças significativas na composição corporal, força, flexibilidade ou resistência cardiovascular. Os melhores resultados recaem sobre o aumento da autoeficácia e nos níveis de atividade física em todos os integrantes do programa de exercício (Jo, Rossow-Kimball, & Lee, 2018).

Para além dos estudos desenvolvidos existem, também, programas de exercício físico em todo o mundo, direcionados para esta população. A Special Olympics está na vanguarda da promoção da qualidade de vida associada à prática regular de atividade física através de programas adaptados às características desta população tão especial. Posto isto, a Special Olympics encontra-se a combater, não só, a inatividade, mas também, o estigma, a isolamento e as injustiças que as pessoas com deficiência intelectual enfrentam. O trabalho desenvolvido tem como objetivo impulsionar mudanças sociais e possibilitar a participação plena a níveis sociais destes indivíduos. A Special Olympics atualmente atua em mais de 170 países, incluindo Portugal, com uma variedade 35 desportos olímpicos.

As iniciativas desportivas da Special Olympics incluem: a *Special Olympics Healthy Athletes* que tem com objetivo melhorar a habilidade de treinar e competir de cada atleta, através de vários benefícios na saúde e ensinamentos acerca da prevenção de lesão e alimentação adequada; a *Special Olympics Athlete Leadership Programs* com o intuito de proporcionar oportunidades de desempenharem, de maneira ativa, funções dentro e fora de campo, com a possibilidade de participarem no corpo diretivo, na arbitragem e como treinadores; a *Motor Activities Training Program* é um programa de atividades recreativas apropriadas destinado a pessoas com limitações significativas que não possuam as habilidades necessárias para participar nos desportos da Special Olympics e oferece o treino de várias componentes das habilidades motoras à participação nos desportos, com o objetivo de melhorar as suas habilidades e, caso possível, a inserção destes atletas nos desportos oferecidos pela Special Olympics; e a *Special Olympics Unified Sports* que é um programa de treino e competição que junta atletas com e sem deficiência intelectual na mesma equipa. Tem como objetivos principais equalizar o nível de habilidades dos atletas da Special Olympics com os seus pares, quebrar barreiras e promover a inclusão na comunidade através da prática desportiva (Special Olympics, s.d.).

Estas evidências valorizam a prática regular de exercício físico de forma regulamentada e adaptada às habilidades e necessidades desta população especial. Muitos benefícios advêm deste estilo de vida mais ativo, podendo combater algumas tendências desta população como a obesidade e as dificuldades na interação e integração social.

2.9.1 É Programas de atividade física na OASIS

Boccia

O Boccia é um desporto indoor de precisão, disputado a nível nacional e internacional. Inicialmente, este desporto era praticado por atletas com paralisia cerebral, no entanto, com a difusão do mesmo, passou a ser praticado por atletas com outras deficiências que comprometam as suas habilidades motoras. É, também, mais recentemente, praticado como um jogo recreativo e educativo por jovens e idosos nas escolas e lares, respetivamente (Boccia International Sports Federation, 2020). O Boccia foi

introduzido em Portugal no ano de 1983 através de um curso organizado pela Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (APPC), em parceria com a Associação Internacional de Desporto e Recreação para a Paralisia Cerebral (CP-ISRA) e em 1984 é reconhecido como um desporto paralímpico nos jogos paralímpicos de Nova Iorque (Paralisia Cerebral-Associação Nacional de Desporto, 2020). O objetivo do Boccia é atirar bolas de couro (vermelhas e azuis) com o intuito de as colocar o mais próximo possível da bola branca, conhecida como bola-alvo ou *jack*. Cada atleta, ou conjunto de atletas iniciam o jogo com seis bolas de cada cor, inicialmente, distribuídas pelos mesmos. O primeiro arremesso no jogo é determinado pelo lançamento de uma moeda ao ar. A bola branca é a primeira a ser jogada e, seguidamente, é lançada a primeira bola de cor pelo atleta que arremessou a bola alvo, posteriormente, a segunda bola de cor é lançada pelo outro atleta ou equipa. Posto isto, a vez de jogar é determinada pela distancia a que as bolas que encontram da bola-alvo, ou seja, joga o atleta ou equipa que tenha a bola da respetiva cor mais distante da bola branca. O jogo continua até que, pelo menos, uma das equipas tenha arremessado as seis bolas. Quando o jogo termina, o árbitro identifica a bola ou conjunto de bolas da mesma cor, que se encontram mais próximas da bola-alvo atribuindo um ponto para cada bola mais proxima da bola alvo, até à bola mais próxima do oponente/adversário. A equipa ou jogador com mais pontos no final do jogo ganha, no caso de empate é jogado um parcial extra. O número de parciais por jogo varia consoante o número de atletas a jogar, podendo ser praticado por individual, pares ou equipas de três elementos, não existindo divisão por sexo. A área de jogo tem 6 metros de largura por 12,5 metros de comprimento com 2 metros de espaço vazio à volta do campo (Boccia International Sports Federation, 2018). Conforme as características motoras dos atletas, são agrupados em uma das quatro classificações: BC1, BC2, BC3 e BC4. Tendo em conta a sua classificação e distribuição pelos grupos previamente referidos, os atletas devem reger-se por regras impostas ao seu grupo específico. A prática deste desporto requer o treino de habilidades motoras, inteligência, noções técnicas e táticas e, muitas das vezes, trabalho em equipa para o desenvolvimento das jogadas. O treino destas características são vitais para as atividades de vida diárias, sendo uma mais valia para todas as pessoas que pratiquem Boccia, mais especificamente para pessoas com deficiência.

Atividades de pavilhão

As atividades de pavilhão desenvolvidas na Instituição têm como base uma ampla gama de exercícios a atividades escolares, tradicionais. Todos os exercícios são adaptados, sem que necessário, para que sejam acessíveis a todos os atletas independentemente das suas características e limitações. Estas atividades compreendem exercícios como o jogo da raposa, jogo da cadeira, diversas estafetas, entre outros. Os atletas com menos limitações para a prática de atividade física também praticam atividades de pré-competição. O corfebol surge como o desporto de eleição para a prática de atividade física mais complexa com a intenção de promover o trabalho de equipa, as interações pessoais e a igualdade de sexo, tanto nos treinos, como nas competições entre várias instituições. O corfebol nasceu na Holanda em 1902, no entanto, só chegou a Portugal em 1982 através de uma demonstração na cidade de Lamego. Nas décadas que se seguiram houve uma crescente aderência a este desporto com a criação de várias equipas e clubes em todo o país. Este desporto é disputado por duas equipas de oito elementos, quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino e tem como objetivo introduzir a bola no cesto adversário que se encontra num poste a 3.50 metro do solo. Cada cesto vale um ponto e sempre que há cesto, a bola é repostada pela equipa que o sofreu. A bola só pode ser jogada com mão, mas não é permitido o drible, nem dar passos com a bola na mão. Também não é permitido bater ou tirar a bola das mãos do adversário ou colega de equipa, nem lançar de uma posição defensiva. O corfebol é, maioritariamente, um jogo tático, pelo que o contacto entre os atletas só é permitido de forma moderada. Este jogo têm a duração de 50 minutos, divididos em duas partes com um intervalo de dez minutos e é disputado num campo tem 40 metros por 20 metros, dividido por uma linha central. Estas regras podem ser adaptadas consoante as competições ontem o desporto é praticado. O grande diferenciador do corfebol em comparação com os restantes desportos é a igualdade dos sexos, pois é o único desporto onde é obrigatório que as equipas sejam constituídas por metade dos atletas do sexo masculino e metade do sexo feminino. Os homens só podem marcar homens e as mulheres só podem marcar as mulheres, desta maneira não existe preconceito, fazendo com que seja um desporto muito eficiente na promoção da interação social (Federação Portuguesa de Corfebol, 2012)

Adaptação ao meio aquático e iniciação às técnicas de nado

O meio aquático é amplamente utilizado, por diversas instituições na área da deficiência, como uma prática terapêutica. Como tal, torna-se vital compreender o porquê de a água ser utilizada como um impulsionador e estimulador de atividade corporal e promotor educativo. As propriedades físicas da água constituem um ambiente facilitador para a realização de movimentos corporais, comparativamente com o meio terrestre (Candeloro & Caromano, 2007; Varela, Duarte, Sereno, Dias, & Pereira, 2000), deste modo a interação do terapeuta com a população-alvo em meio aquático proporciona benefícios motores, cognitivos, visuais, auditivos, psicomotores, fisiológicos, emocionais, sociais e de comunicação (Potel, 2014; Matias, 2010; Candeloro & Caromano, 2007; Biasoli & Machado, 2006). Posto isto, podemos considerar que a intervenção no meio aquático promove o desenvolvimento da pessoa, atuando na prevenção, reabilitação e manutenção das habilidades e/ou competências do indivíduo, razão pela qual detém uma posição de grande importância nas práticas terapêuticas utilizadas na população com deficiência. Freitas e Silva (2008) defendem que todas as informações obtidas através das experiências no meio aquático vão resultar em *outputs* motores que se vão refletir em respostas adequadas aos diferentes estímulos através da consciencialização do movimento, estimulando, assim, o processo de maturação e organização neurológica do sujeito. Relativamente à iniciação às técnicas de nado, estas são decompostas em movimentos mais simples e ajustadas às limitações de cada participante seguindo uma progressão de aprendizagem controlada, sempre com o objetivo de automatizar o movimento correto da técnica específica. Esta ideia é defendida por Pessoa, Yázigi e Gama (2016) e, mais acrescentam, referindo que o processo de aprendizagem desse ser faseado, iniciando-se pela adaptação ao meio aquático e domínio das habilidades aquáticas básicas. O controlo da flutuação, respiração, imersão e propulsão é fundamental para assegurar o comportamento adequado no meio aquático e é essencial para transpor este processo para o ensino e aperfeiçoamento das técnicas de nado com o sentimento de conforto e segurança (Pessoa, Yázigi, & Gama, 2016).

Equitação Terapêutica

Existem registos de há milhares de anos que reportam que a interação com cavalos pode ser benéfica para o ser humano (Leitão, 2008). Com o passar dos anos e devido às inúmeras referências aos possíveis benefícios do trabalho com cavalos, tornou-se importante aprofundar os estudos empíricos acerca das suas potencialidades. No entanto, foi depois dos anos 60 que a equitação terapêutica ganhou um reconhecimento científico devido aos benefícios que o cavalo tem para o ser humano (Copeland-Fitzpatrick & Tebay, 1998; FRDI, 2020). Atualmente, a equitação terapêutica é considerada uma alternativa às terapias convencionais, que utiliza o cavalo como instrumento terapêutico e pedagógico com vista a melhorias físicas, psicológicas e sociais das pessoas com deficiência. Torna-se, então, essencial que se olhe para o cavalo como um participante fulcral nesta ação terapêutica utilizada para melhorar a vida de quem com eles interagem (FPDD, 2018). A interação com o cavalo pode acarretar uma ampla gama de benefícios tais como a melhoria do equilíbrio, movimento articular, controlo muscular (Bain, 1965), coordenação motora e facilitação de reações automáticas (Horster, Horde, & Riegner, 1976). Foram, também, encontradas evidências de melhorias no tônus muscular, controlo da postura, coordenação de movimentos, orientação espacial (Satter, 1978), habilidades de rotação e melhorias psicológicas como a autoestima, autoconfiança, diminuição do medo (Bertoti, 1988), comunicação, confiança, respeito e independência (Meen, 1987). A Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência (FPDD), mais recentemente vem corroborar com todos os benefícios descritos anteriormente referidos (FPDD, 2018). O responsável pela atividade orienta a atividade tendo em conta as habilidades de cada pessoa, tendo como objetivo tornar os participantes cada vez mais independentes até que possam realizar os exercícios propostos de forma autónoma. Consoante a evolução do praticante, este pode vir a conduzir o cavalo de forma independente.

3. Metodologia

Neste capítulo são abordados todos os temas relativos à metodologia como a caracterização e seleção da amostra, definição e caracterização das variáveis de estudo, identificação e caracterização dos instrumentos de medida, os procedimentos e uma síntese do tratamento estatístico dos dados.

3.1 Caracterização da Amostra

A amostra total é constituída por 11 pessoas com deficiência intelectual ligeira. Esta amostra foi dividida em dois grupos, um grupo de praticantes (63,6%) de atividade física e um grupo de não praticantes (36,4%). O grupo de praticantes contou com 7 elementos com idades compreendidas entre 21 e 57 anos e com uma média de idades de $36,14 \pm 13,23$ anos e o grupo de não praticantes contou com 4 elementos com idades compreendidas entre 38 e 62 e com uma média de idades de $45,00 \pm 11,40$ anos. Todos os elementos foram diagnosticados com deficiência intelectual ligeira, e ambos os grupos estão inseridos na OASIS – Organização de Apoio e Solidariedade para a Integração Social na cidade de Leiria. Em concordância com a Declaração de Helsinki, o objetivo deste estudo foi explicado aos participantes, cuidadores legais e à respetiva instituição e todos integrantes concederam o seu consentimento para participar no estudo.

3.2 Definição e Caracterização das Variáveis em Estudo

Esta seção tem como propósito descrever, objetivamente, todas as variáveis (dependentes e independentes) abordadas neste estudo.

3.2.1 Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes analisadas neste estudo incluem os quatro domínios do questionário WHOQOL-Bref (físico, psicológico, social e ambiental), os scores obtidos

através da escala de satisfação com a vida (SWLS) e os scores obtidos através do teste da escada (*The Cantril Ladder*).

3.2.2 É Variáveis Independentes

As variáveis independentes analisadas neste estudo incluem a idade, o sexo, e a participação em atividades de atividade física através dos programas definidos pela instituição em causa (grupo).

3.3 É Identificação e Caracterização dos Instrumentos de Medida

Esta secção tem como objetivo descrever a bateria de questionários (ANEXO I) com os instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, satisfação com a vida e autopercepções dos participantes, assim como aspetos relacionados com a validade e fidedignidade dos mesmos.

3.3.1 É World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)

O WHOQOL-bref consiste em quatro dimensões de qualidade de vida (física, social, psicológica e ambiental), subdivididas em 26 itens com 5 hipóteses de resposta, compreendidas entre “nunca” e “sempre”. A primeira versão deste instrumento surgiu em 1994 (WHOQOL Group, 1994) com 236 itens relativos à qualidade de vida. Posteriormente a OMS sentiu a necessidade de criar um questionário menos extenso, mas com sensibilidade suficiente para medir a qualidade de vida. Em 1998, foi desenvolvido o WHOQOL-bref (WHOQOL Group, 1998), uma adaptação do WHOQOL-100. As diferenças entre os domínios variaram de 0 a 0.27, conseqüentemente houve altas correlações entre os domínios dos dois questionários variando de 0.89 a 0.95, os coeficientes do teste-reteste foram de 0.66 para o domínio físico, 0.72 para o psicológico, 0.76 para o social e 0,87 para o ambiental. O artigo de validação para a população portuguesa surgiu em 2006 com coeficientes a variar entre 0.64 (domínio social) e 0.87 (domínio físico) (Serra, et al., 2006).

3.3.2 Æ The Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Este instrumento de medida é composto por cinco questões que medem satisfação global com a vida. São sete as possíveis respostas aos cinco itens, que podem variar entre “discordo totalmente” até “concordo totalmente”. As pontuações das respostas válidas variam entre 1 e 7, sendo a pontuação total a soma dos valores obtidos em cada item, com um valor mínimo de 5 pontos e máximo de 35 pontos. Esta escala foi desenvolvida em 1985, na Universidade de Illinois, por Ed Diener, Robert Emmons, Randy Larsen e Sharon Griffin, tendo como objetivo avaliar o conceito de satisfação com a vida, através da análise da sua vida. Os resultados mostraram um coeficiente alfa da 0.87 e no teste-reteste um coeficiente de estabilidade de 0.82 (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa em 1992 por Simões, apresentando apenas 5 opções de resposta, ao contrário do instrumento original (Simões, 1992).

3.3.3 Æ The Cantril Ladder

O questionário da escada (Cantril, 1957) tem por objetivo medir a satisfação com vida. Este instrumento pede aos sujeitos que imaginem a sua melhor vida possível e a sua pior vida possível. Após esta primeira reflexão, é pedido ao sujeito que, numa escala de 0 a 10, indique onde se encontra no momento, tendo em conta que o 0 corresponde à pior vida possível e o 10 à melhor vida possível. É de referenciar que escalas idênticas já foram usadas para medir auto-percepções de vários géneros (Sweeting, West, Young, & Kelly, 2011).

3.4 Æ Procedimentos

A realização deste estudo transversal tem como objetivo determinar a influência da prática de atividade física, através de programas determinados pela instituição em causa, na qualidade de vida de pessoas com deficiência intelectual ligeira. Os programas de atividade física compreendem boccia, atividades de pavilhão, adaptação

ao meio aquático e iniciação às técnicas de nado e equitação terapêutica. Para isto, foi definida a necessidade da existência de dois grupos distintos, um grupo composto por pessoas que pratiquem alguma das atividades referidas, pelo menos, duas vezes por semana (grupo A) e um segundo grupo que não pratica qualquer tipo de atividade física no contexto da instituição (grupo B). A OASIS foi contactada pessoalmente e, posteriormente, via e-mail com uma proposta formal para a participação no estudo. Inicialmente, a idade para a realização do presente estudo era conduzir um estudo experimental, no qual se separava a amostra inicial num grupo experimental e num grupo de controlo. O grupo experimental era submetido a um programa de caminhada de 14 semanas, por outro lado, o grupo de controlo não o realizava. Esta abordagem tinha como objetivo compreender se a aproximação às recomendações mundiais de atividade física, através do programa em questão, tinha efeito na qualidade de vida, autoperceções e satisfação com a vida em pessoas com deficiência intelectual ligeira. Devido às contingências impostas pelo novo Coronavírus (Covid-19) e tendo em conta as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e da Direção Geral de Saúde de distanciamento social, tornou-se impossível prosseguir com a ideia inicial. Tendo em conta esta situação anómala, o estudo foi adaptado para um projeto transversal, de modo a preservar a segurança de todos os intervenientes. Visto que as alterações ao estudo foram realizadas antes da entrega das autorizações necessárias, foram, apenas, transmitidas e aceites pelos responsáveis da instituição. Após ter sido contextualizado o intuito do estudo a todos os participantes, foram obtidos os consentimentos (ANEXO II) dos mesmos necessários para a utilização dos seus dados pessoais na análise estatística. Todos os dados fornecidos pelos questionários foram inseridos numa base de dados previamente construída e foram realizados os testes estatísticos necessários para determinar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo A e o grupo B nas variáveis observadas. De modo a garantir a confidencialidade e anonimidade dos dados obtidos, foram colocadas vinhetas de identificação nos questionários de modo a permitir ocultar o nome de todos os participantes.

3.5 É Análise e Tratamento de Dados

Após a primeira recolha dos dados, inseriram-se os mesmos numa base de dados produzida na ferramenta de cálculo SPSS 25.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foi feita uma primeira análise das medidas de tendência central e de dispersão da variável “idade” e da variável “grupo” para que a amostra fosse bem caracterizada. Os testes estatísticos utilizados para a confirmação das hipóteses e, tendo em conta que a amostra total é de 11 sujeitos ($n < 30$), foram testes não-paramétricos. O primeiro teste corrido foi a correlação de *Rho de Spearman* para verificar possíveis relações entre variáveis. Posteriormente, com o intuito de confirmar as hipóteses previamente estabelecidas, foi utilizado o teste para amostras independentes *U de Mann-Whitney*. O nível de significância estabelecido foi de $sig \leq 0,05$.

4. Apresentação dos resultados

A análise estatística foi conduzida de modo a verificar a veracidade das hipóteses assumidas no início do estudo. Os primeiros testes estatísticos foram testes descritivos às variáveis “idade” e “grupo”, onde foram calculadas, para a variável “idade”, as medidas de tendência central e de dispersão. Todos os sujeitos responderam à questão “idade” e as idades da amostra variam entre os 21 e 62 anos. Estes resultados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. – Medidas de tendência central e dispersão da variável “idade”

	N	Média (anos)	Desvio Padrão (anos)
Idade	11	39,36	12,81

Relativamente à variável “grupo”, os 11 participantes foram divididos entre praticantes e não praticantes de atividade física regular. Os sujeitos que, por indicação do técnico desportivo, praticam atividade física duas ou mais vezes por semana, foram elegidos para o grupo dos praticantes. Na tabela 2 estão dispostas as amostras e respetiva percentagem dos dois grupos.

Tabela 2. – Estatística descritiva da variável “grupo”

	N	Percentagem
Praticantes	7	63,6
Não praticantes	4	36,4

A primeira hipótese pressupõe que o grupo praticante apresenta scores superiores na escala de satisfação com a vida. Para confirmar esta hipótese foi utilizada estatística descritiva (média, desvio padrão, valor mínimo e máximo) para os dois grupos, revelando que o grupo praticante apresenta uma média de scores de $28,29 \pm 3,90$, em que o valor mais baixo é de 23 e o mais alto de 35 e o grupo não praticante apresenta uma média de scores de $24,25 \pm 5,38$, em que o valor mais baixo é 18 e o mais elevado 31. Todos esses resultados estão expressos na tabela 3.

Tabela 3. – Estatística descritiva da variável “Scores do SWLS”

	N (Total)	Média	Desvio-padrão	Valor máximo	Valor mínimo
Praticante	7	28,29	3,90	35	23
Não praticante	4	24,25	5,38	31	18

Através destes resultados, podemos aceitar a H1 – o grupo praticante apresenta scores superiores na variável “scores de satisfação com a vida (SWLS)”. É, porém, de realçar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na variável “Scores do SWLS” em função do grupo, com um valor de significância de 0,23 (sig. > 0,05).

Os testes estatísticos utilizados para confirmar a veracidade da segunda hipótese foram, também, testes descritivos. Na tabela 4 pode observar-se que grupo praticante apresentou uma média de scores de $9,29 \pm 1,11$, onde o valor mais baixo registado é de 7 e o valor mais elevado é de 10. O grupo não praticante apresentou uma média de scores de $6,75 \pm 1,26$, com valores de score compreendidos entre o 5 e o 8 numa escala de 1 a 10. Então, aceitamos H1 – o grupo praticante apresenta scores superiores no teste da escada. Foi, de igual modo, confirmado a existência de diferenças estatisticamente significativas na variável “scores do Cantril Ladder” em função da variável “grupo”, através do teste de *U de Mann-Whitney*, apresentando um valor de significância de 0,02 (sig. \leq 0,05).

Tabela 4. – Estatística descritiva da variável “Scores do Cantril Ladder”

	N (Total)	Média	Desvio-padrão	Valor máximo	Valor mínimo
Praticante	7	9,29	1,11	10	7
Não praticante	4	6,75	1,26	8	5

Posteriormente, através do teste de correlação *Rho de Spearman* pudemos confirmar que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis “dimensão psicológica” do WHOQOL-Bref e os scores da escala de satisfação com a vida (SWLS) com um valor de significância de 0,01 (sig. \leq 0,05). Na tabela 5 estão

representados os valores desta análise estatística. O valor de correlação de *Spearman* foi de 0,72, sendo um valor possível pois está compreendido entre [-1;1]. Ainda na mesma análise, foi possível verificar que existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis “dimensão social” do WHOQOL-Bref e os scores obtidos através da escala de satisfação com a vida (SWLS) com um valor de significância de 0,00 (sig. ≤ 0,05). Neste caso, o valor de correlação de *Spearman* foi de 0,93, sendo um valor possível pois encontra-se entre os valores de [-1;1].

Tabela 5. – Correlação *Rho* de *Spearman*

		Psicológico	Social
SWLS	Valor de correlação	0,72	0,93
	Valor de significância (sig.)	0,01	0,00
	N (total)	11	11

Estas duas relações são lógicas, pois as dimensões social e psicológica correspondentes ao questionário de qualidade de vida têm uma direta influencia na percepção da satisfação com a vida no momento, existindo uma relação diretamente proporcional.

De modo a responder às hipóteses terceira, quarta, quinta e sexta, foi realizado o teste *U de Mann-Whitney*, de modo a perceber se existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis física, psicológica, social e ambiental do questionário WHOQOL-Bref em função do grupo. Tendo em conta os resultados obtidos, para a terceira hipótese aceitamos H0 – não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “física” em função da variável “grupo”, com um nível de significância de 0,65 (sig. > 0,05). Para a quarta hipótese proposta, aceita-se H0 – não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “psicológica” em função da variável “grupo” com um nível de significância de 0,32 para a dimensão psicológica (sig. > 0,05). Para a quinta hipótese pré-definida, aceita-se H0 – não existem diferenças estatisticamente significativas na variável “social” em função da variável “grupo” com um valor de significância de 0,07 (sig. > 0,05). Por fim, para a sexta e última hipótese, e tendo em consideração que os resultados foram ao encontro da

hipótese prevista, aceita-se H1 – não existem diferenças significativas na variável “ambiental” em função da variável “grupo” com um valor de significância de 0,79 (sig. > 0,05). A tabela 6 reflete os valores de significância da análise em questão.

Tabela 6. – Análise das variáveis do WHOQOL-Bref em função do “Grupo”

Em função do “Grupo”	Física	Psicológica	Social	Ambiental
Nível de significância (sig.)	0,65	0,32	0,07	0,79
N (Total)	11	11	11	11

Apesar do nível de significância na análise da dimensão social em função do grupo ser superior ao valor definido, este apresenta um valor marginal, ou seja, está muito perto de atingir o valor de necessário para que se verifiquem diferenças assinaláveis.

5. Discussão dos resultados

Este estudo tem como objetivo verificar se programas de atividade física regulares têm um impacto positivo na qualidade de vida, satisfação com a vida e autopercepções de pessoas com deficiência intelectual ligeira. Para que fosse possível a obtenção dos dados, foram aplicados três questionários aos 11 participantes: o *WHOQOL-Bref*, o *Satisfaction with life scale* e o *Cantril ladder*. O estado da arte dita que a atividade física tem um impacto positivo na qualidade de vida, satisfação com a vida e autopercepções.

Em 2012, Yazicioglu, Yavuz, Goktepe e Tan desenvolveram um estudo de modo a comparar a satisfação com a vida de pessoas com deficiência física ativas e não ativas. Os resultados revelaram scores superiores no grupo ativo (22.1 ± 7.9) na escala de satisfação com a vida (SWLS), em comparação com o grupo não ativo (20.5 ± 7.8), com níveis de significância inferiores a 0,05 ($\text{sig.} < 0,05$) (Yazicioglu, Yavuz, Goktepe, & Tan, 2012). Nemček (2016), à semelhança do autor anterior, conduziu um estudo com o objetivo de verificar o impacto da atividade física na satisfação com a vida em indivíduos com deficiência. Para mesurar os níveis de satisfação com a vida utilizou, de igual forma, a escala de satisfação com a vida (SWLS). Constatou diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos ativos e não ativos em todos os 5 itens do instrumento, assim como, no score total de satisfação com a vida com níveis de significância inferiores a 0,01 ($\text{sig.} < 0,05$). É de realçar que a média dos scores do grupo ativo foi superior em todos os itens do instrumento (Nemček, 2016). Os resultados dos estudos previamente referidos vão de encontro às hipóteses estabelecidas para este estudo. Os scores de satisfação com a vida também foram superiores no grupo ativo, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Embora os resultados do presente estudo não sejam tão esclarecedores em comparação com os estudos referidos, é importante realçar que é de consenso geral que a atividade física tem um impacto direto na satisfação com a vida.

Noce, Simim e Melo (2008), realizaram um estudo com pessoas com deficiência física, com o intuito de averiguar se a atividade física regular tinha influência na qualidade de vida, através do instrumento WHOQOL-Bref. Verificaram-se, em todos os domínios,

diferenças estatisticamente significativas entre o grupo ativo e o grupo sedentário. Para o domínio físico, psicológico e ambiental o valor de significância foi inferior a 0,01. Para o domínio social, o valor de significância foi inferior a 0,05 (Noce, Sirim, & Mello, 2008). Um estudo similar e mais recente (Yazicioglu, Yavuz, Goktepe, & Tan) também verificou diferenças estatisticamente significativas entre o grupo ativo e o grupo sedentário no domínio físico, psicológico e social (sig. < 0,05), no entanto, no domínio ambiental estas diferenças não se verificaram (sig.= 0,13). Estes estudo vem reforçar que a atividade física regular acarreta benefícios inerentes à qualidade de vida. Apesar dos resultados do presente estudo não apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, as médias de scores foram sempre superiores no grupo ativo, o que vem fortalecer a relação entre a qualidade de vida e a atividade física.

Relativamente ao *Cantril Ladder*, Ku, McKenna e Fox (2007), através de um estudo qualitativo, avaliaram a satisfação com a vida percebida em idosos representada por vários dominios. Os participantes estimaram a sua satisfação com a vida através do instrumentos em questão. Devido ao facto de ser um estudo qualitativo, não foram publicados resultados numéricos, no entanto, vários participantes reportaram que a atividade física é fulcral para níveis de satisfação com a vida e, conseqüentemente, qualidade de vida (Ku, McKenna, & Fox, 2007). Estes depoimentos vão ao encontro das diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os dois grupos, no presente estudo. É de realçar, que a atividade física tem influência direta em muitos outros fatores da vida humana para além dos abordados neste estudo, por tanto, é vital estimular a prática aos que não têm um acesso tão facilitado à mesma.

O impacto estatístico dos resultados obtidos no presente estudo pode ser explicado pela situação sob a qual o estudo foi realizado. Devido à pandemia Covid-19, todos os programas de atividade física na OASIS foram suspensos. A par de não existirem quaisquer programas de atividade física, todos os participantes cumpriram isolamento profilático durante vários meses. É seguro afirmar que estas condições tiveram um impacto direto em toda a condução do estudo e, conseqüentemente, nos resultados obtidos. Apesar das situações adversas, foi positivo verificar que, apesar da paragem prolongada, os sujeitos que costumavam realizar atividade física regularmente apresentaram índices superiores em todas as variáveis qualitativas analisadas.

6. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo perceber o impacto da atividade física na qualidade de vida, satisfação com a vida e autopercepções. Existem inúmeros estudos que comprovam que a atividade física regular contribui positivamente para vários fatores na vida de quem a pratica, como demonstrado na revisão da literatura. Para além do domínio físico, também o social e o psicológico são influenciados pela atividade física. As análises realizadas foram conduzidas de modo a responder às hipóteses previamente concebidas. Verificámos que quem pratica atividade física apresenta melhores resultados na satisfação com a vida e na qualidade de vida auto percebida. Foi, também, possível encontrar diferenças estatisticamente significadas na variável social e psicológica em função do grupo. Verificou-se, igualmente, que a satisfação com a vida está relacionada com os domínios social e psicológico, ou seja, quanto melhor for o social e o psicológico, maior será a satisfação com a vida. Os resultados que não foram ao encontro do estado da arte prendem-se com o facto de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas na variável social e ambiental do WHOQOL-Bref. As limitações do estudo estão diretamente ligadas às condições sob as quais o estudo foi realizado e podem justificar os resultados obtidos. É aconselhado que a amostra total seja avultada, para a obtenção de resultados mais fidedignos. Isto não se verificou, sendo a amostra total muito reduzida. A atividade física realizada pelos participantes foi interrompida alguns meses antes da aplicação dos questionários, devido à situação pandémica na qual nos encontramos. Mais acrescento que os resultados também podem ter sido comprometidos pelo impacto que o isolamento profilático tem no psicológico de qualquer indivíduo. Seria oportuno voltar a realizar o estudo com uma amostra total superior a trinta sujeitos e dois momentos de avaliação (estudo longitudinal) um pré e outro pós-intervenção, sendo a intervenção realizada ao longo de várias semanas pelo autor do estudo.

7. Bibliografia

- ACSM. (2018). *Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Asonitou, K., Mpampoulis, T., Irakleous-Paleologou, H., & Koutsouki, D. (2018). Effects of an Adapted Physical Activity Program on Physical Fitness of Adults with Intellectual Disabilities. *Advances in Physical Education*, 8(3), 321-336.
- Bain, A. (1965). Pony riding for the disabled. *Physical Therapy*(51), 263-265.
- Baptista, F., Silva, A. M., Santos, D. A., Mota, J., Santos, R., Vale, S., . . . Moreira, H. (2011). *Livro verde da atividade física*. Lisboa: Instituto Nacional do Desporto de Portugal, I.P.
- Bertoti, D. (1988). Effect of therapeutic horseback riding on posture in children with cerebral palsy. *Physical Therapy*, 68(10), 1505-1512.
- Biasoli, M., & Machado, C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira Médica*, 63(5), 225-237.
- Boccia International Sports Federation. (2018). *BISFed International Boccia Rules*. Londres: Boccia International Sports Federation Ltd.
- Boccia International Sports Federation. (07 de 05 de 2020). *BISFed*. Obtido de About Boccia: <http://www.bisfed.com/about-boccia/>
- Boslaugh, S. E., & Andresen, E. M. (2006). Correlates of Physical Activity for Adults With Disability. *Preventing Chronic Disease*, 3(3), 1-14.
- Brown, D. R., Yore, M. M., Ham, S. A., & Macera, C. A. (2005). Physical activity among adults >or=50 yr with and without disabilities, BRFSS 2001. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(4), 620-629.
- Bull, F. C., Bellew, B., Schoeppe, S., & Bauman, A. E. (2004). Developments in national physical activity policy: an international review and recommendations toward better practice. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 93-104.
- Candeloro, J., & Caromano, F. (2007). Efeito de um programa de hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 303-309.

- Cantril, H. (1957). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Carmeli, E., Barak, S., Morad, M., & Kodesh, E. (2009). Physical exercises can reduce anxiety and improve quality of life among adults with intellectual disability. *International SportMed Journal, 10*(2), 77-85.
- Carmeli, E., Zinger-Vaknin, T., Morad, M., & Merrick, J. (2005). Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability? *Mechanisms of Ageing and Development, 126*(2), 299-304.
- Carter, M. J., McCown, K. M., Forest, S., Martin, J., Wacker, R., Gaiade, D., & Fernandez, A. (2004). Exercise and fitness for adults with developmental disabilities: Case report of a group intervention. *Therapeutic Recreation Journal, 38*(1), 72-84.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports, 100*(2), 126-131.
- Chia, Y. H., Lee, K. S., & Teo-Koh, S. M. (2002). High intensity cycling performances of boys with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 27*, 191-200.
- Copeland-Fitzpatrick, J., & Tebay, J. M. (1998). Hippotherapy and therapeutic riding: An international review. Em J. C. Tebay, *Companion Animals in Human Health* (pp. 41-58). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dairo, Y. M., Collett, J., Dawes, H., & Oskrochi, G. R. (2016). Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Preventive Medicine Reports, 8*(4), 209-219.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*(2), 276-302.
- European Commission. (2017). *Special Eurobarometer 492 - Sport and physical activity*.
- Farrell, R., Crocker, P., McDonough, M., & Sedgwick, W. (2004). The driving force: Motivation in Special Olympians. *Adapted Physical Activity Quarterly, 21*(2), 153-166.
- Federação Portuguesa de Corfebol. (2012). *Livro de regras de corfebol*.

- Finlayson, J., Jackson, A., Cooper, S., Morrison, J., Melville, C., Smiley, E., & Mantry, D. (2009). Understanding predictors of low physical activity in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(3), 236-247.
- FPDD. (2018). Desporto e Atividade Física para Todos. *REvista Científica da Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência*, 4(1).
- FRDI. (12 de maio de 2020). *FRDI*. Obtido de FRDI History: <http://www.frdi.net/history.html>
- Freitas, M., & Silva, J. (2008). Adaptação ao Meio Aquático: uma proposta pedagógico-terapêutica. *Revista Diversidades*(28), 13-15.
- Goodwin, D. L., & Compton, S. G. (2004). Physical Activity Experiences of Women Aging with Disabilities. *Human Kinetics Publishers*, 21(2), 122-138.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Franklin, B. A., . . . Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434.
- Heller, T., Hsieh, K., & Rimmer, J. H. (2004). Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109(2), 175-185.
- Horster, R., Horde, V. H., & Riegner, C. (1976). Hippotherapy and therapeutic horseback riding in the treatment of children and adolescents with cerebral pareses and dysmelias. *Festschrift fur Allgemeinmedizier*, 52(1), 15-21.
- Humpel, N., Owen, N., & Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(3), 188-199.
- INAS. (2017). *INAS*. Obtido de <https://inas.org/about-us/who-we-are/who-we-are>
- Jo, G., Rossow-Kimball, B., & Lee, Y. (2018). Effects of 12-week combined exercise program on self-efficacy, physical activity level, and health related physical fitness of adults with intellectual disability. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 14(2), 175-182.
- Kinne, S., Patrick, D. L., & Maher, E. J. (1999). Correlates of exercise maintenance among people with mobility impairments. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 15-22.
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380(9838), 294-305.

- Ku, P., McKenna, J., & Fox, K. R. (2007). Dimensions of Subjective Well-Being and Effects of Physical Activity in Chinese Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15, 382-397.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Group, L. P. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219-229.
- Leitão, L. G. (2008). Sobre a equitação terapêutica: Uma abordagem crítica. 1(36), 81-100.
- Lotan, M., Henderson, C. M., & Merrick, J. (2006). Physical activity for adolescents with intellectual disability. *Minerva Pediatrica*, 58, 219-226.
- Matias, A. R. (2010). *Psicomotricidade no meio aquático na primeira infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- McGuire, B. E., Daly, P., & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(Pt7), 497-510.
- Meen, R. (1987). Pets and mental health. *People Animals Environment*, 2125.
- Nemček, D. (2016). Life satisfaction of people with disabilities: a comparison between active and sedentary individual. *Journal of Physical Education and Sport*, 16(2), 1084-1088.
- Noce, F., Sirim, M., & Mello, F. (2008). 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 Desporto*, 15(3), 174-178.
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Taylor, H. B., & Howland, C. A. (2006). Physical activity and nutritional behaviors of women with physical disabilities: physical, psychological, social, and environmental influences. *Womens Health Issues*, 16(6), 323-333.
- Paralisia Cerebral-Associação Nacional de Deporto. (07 de maio de 2020). *PCAND*. Obtido de Boccia - Sobre a modalidade: <https://pcand.pt/modalidades/boccia>
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C., Bouchard, C., . . . Wilmore, J. H. (1995). Physical activity and public health: recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of th American Medical Association*, 273(5), 402-407.
- Pessoa, P., Yázigi, F., & Gama, R. (2016). *Natação*. Seixal: Associação de Paralisia Cerebral de Almada Seixal.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

- Potel, C. (2014). *Le corps et l'eau - Une méditation en psychomotricité*. Toulouse: Éditions érès.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical Activity Participation Among Persons with Disabilities: Barriers and Facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 419-425.
- Ruževičius, J. (2007). Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research. *Engineering Economics*, 317-334.
- Ruževičius, J. (2012). *Management de la qualité. Notion globale et recherche en la matière*. Vilnius: Maison d'éditions Akademinė leidyba.
- Sallis, J. F., Johnson, M. F., Calfas, K. J., Caparosa, S., & Nichols, J. F. (1997). Assessing perceived physical environmental variables that may influence physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 68(4), 345-351.
- Satter, L. (1978). Intensive therapy camps for children with cerebral palsy. *Pediatrics and Pathologie*, 13(4), 349-355.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento da Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Shapiro, D. R. (2003). Participation motives of Special Olympics athletes. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20(2), 150-165.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Sit, C. H., McManus, A., McKenzie, T. L., & Lian, J. (2007). Physical activity levels of children in special schools. *Preventive Medicine*, 45(6), 424-431.
- Special Olympics. (09 de Julho de 2019). *About Our Mission*. Obtido de Special Olympics: <https://www.specialolympics.org/about/our-mission>
- Special Olympics. (s.d.). Guia a Treinamento. *Fundamentos da Special Olympics*.
- Sweeting, H., West, P., Young, R., & Kelly, S. (2011). Dimensions of adolescent subjective social status within the school community: descriptions and correlates. *Journal of adolescence*, 34(3), 493-504.
- Temple, V. A., & Walkley, J. W. (2007). Perspectives of constraining and enabling factors for health-promoting physical activity by adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(1), 28-38.

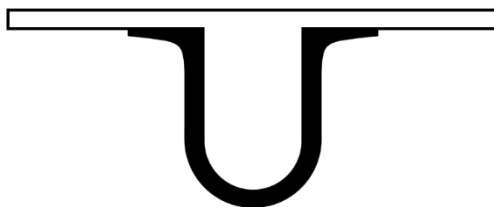
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*, 34(1), 1-8.
- U.S. Department of Health and Human. (2012). *Health People 2010: final review*. Hyattsville, MD: U.S. Government Printing Office Washington.
- Ubel, P. A., Loewenstein, G., & Jepson, C. (2003). Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public. *Quality of Life Research*, 12(6), 599-607.
- van de Vilet, P., Rintala, P., Fröjd, K., Verellen, J., van Houtte, S., Daly, D. J., & Vanlandewijck, Y. C. (2006). Physical fitness profile of elite athletes with intellectual disability. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(6), 417-425.
- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A., & Pereira, B. (2000). *Intervenção terapêutica em meio aquático para populações especiais*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação.
- WHO. (2012). *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (66/2)*. Geneva: WHO.
- WHOQOL Group. (1994b). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization: WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva: World Health Organization.
- Yazicioglu, K., Yavuz, F., Goktepe, A., & Tan, A. (2012). Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5(4), 249-253.
- Zoerink, D. A., & Wilson, J. (1995). The competitive disposition: Views of athletes with mental retardation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12(1), 34-42.

ANEXOS

ANEXO I – Bateria de questionário



FACULDADE DE
CIÊNCIAS DO DESPORTO
E EDUCAÇÃO FÍSICA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Bateria de Testes

jpferreira@fcdef.uc.pt

diarocha9@gmail.com

Este questionário visa a realização de um estudo de investigação no âmbito do exercício para populações especiais. Este instrumento compreende a recolha de **informação confidencial**, como tal **nunca** no decorrer deste estudo **serão divulgadas informações de identificação** de qualquer participante.

As questões devem ser respondidas de forma sincera, sem que nenhuma fique em branco, **o rigor científico deste estudo depende disso.**

Obrigado pela colaboração!

Dados Biográficos

Código:

Idade: _____ anos

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo:

Masculino

Feminino

Local de recolha da informação: _____

Data de recolha da informação: ___ / ___ / ___

Questionário de avaliação do bem-estar subjetivo

Traduzido e adaptado por Ferreira, J.P. (2005), com a permissão de Giatras, N. (2003) Department of Exercise and Health Sciences, University of Bristol,.

Satisfação com a vida

Direções: Em baixo, pode encontrar cinco afirmações. Indique a sua concordância com cada item colocando um X no respetivo quadrado.

1. Na maioria dos aspetos a minha vida está próxima do ideal

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As condições em que decorre a minha vida são excelentes

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Estou satisfeito com a vida

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Até agora, obtive as coisas importantes que queria na vida

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Se pudesse viver de novo a minha vida, não mudaria quase nada

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem Concordo nem Discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A sua vida presente

Direções: O topo da escada representa a melhor vida possível para si, no momento e o degrau mais baixo representa a pior vida possível para si, no momento. Assinale com um círculo, em que nível da escada se encontra, atualmente?



10 - A melhor vida possível, no momento

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0 - A pior vida possível, no momento

WHOQOL-BREF

WHOQOL Group. (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.

Instruções

Por favor, responda a todas as questões. Se tiver dúvidas na resposta a dar para a questão, selecione a que lhe parece mais adequada. Tenha em conta as suas alegrias, expectativas e preocupações e os aspetos da sua vida nas **duas últimas semanas**.

Exemplo: se pensar nas duas últimas semanas, pode responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Consoante o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas, deve por um círculo à volta do número que melhor descreve este aspeto da sua vida.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

1 (G1) Como avalia a sua qualidade de vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

2 (G4) Está satisfeito(a) com a sua saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

3 (F1.4) Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

4 (F11.3) Precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

5 (F4.1) Aproveita a vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

6 (F24.2) Acha que a sua vida tem sentido?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

7 (F5.3) Até que ponto se consegue concentrar?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

8 (F16.1) Sente-se seguro no seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

9 (F22.1) O seu ambiente físico (clima, barulho, poluição) é saudável?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

10 (F2.1) Tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

11 (F7.1) É capaz de aceitar a sua aparência física?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

12 (F18.1) Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

13 (F20.1) Tem fácil acesso às informações que precisa no seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

14 (F21.1) Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

15 (F9.1) É capaz de se locomover?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

16 (F3.3) Está satisfeito(a) com o seu sono?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

17 (F10.3) Está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

18 (F12.4) Está satisfeito(a) com a sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

19 (F6.3) Está satisfeito(a) consigo próprio?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

20 (F13.3) Está satisfeito(a) com as suas relações pessoais (amigos, família, colegas)?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

21 (F15.3) Está satisfeito(a) com a sua vida sexual?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

22 (F14.4) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

23 (F17.3) Está satisfeito(a) com as condições do local onde vive?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

24 (F19.3) Está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

25 (F23.3) Está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

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

26 (F8.1) Com que frequência tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

ANEXO II È Consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

[Este modelo destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os itens e sugestões nele contidos não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro. O documento utilizado representa uma forma de “contrato” entre investigador/a e participante, por isso cada parte fica com uma via assinada por ambos – o primeiro “outorgante” guarda-o para provar que pediu e obteve consentimento perante eventuais auditorias; o segundo “outorgante” guarda-o para reler, revogar se assim o entender ou reclamar se verificar eventual incumprimento do garantido. A linguagem a utilizar deverá ser tão simples quanto possível, livre de termos técnicos (exceto quando os participantes forem profissionais de saúde) e globalmente adequada à literacia dos participantes a recrutar.]

Título do estudo: Efeito de programas de atividade física na qualidade de vida, autoperceções e satisfação com a vida de pessoas com deficiência intelectual ligeira.

Enquadramento: Este estudo foi realizado no âmbito da dissertação de mestrado em Exercício e Saúde em Populações Especiais da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra e tem como orientador o professor José Pedro, PhD.

Explicação do estudo: Este estudo transversal visa comparar a qualidade de vida, autoperceções e satisfação com a vida de pessoas com deficiência intelectual que pratiquem atividade física e que não praticam qualquer atividade física no contexto da instituição onde se encontram.

Todos os programas de atividade física são orientados pela OASIS – Organização de Apoio e Solidariedade para a Integração Social e, para que os indivíduos sejam elegidos como praticantes de atividade física, têm que participar pelo menos duas vezes por semana nas atividades propostas. Todos os dados recolhidos serão destruídos após o término de modo a assegurar a confidencialidade e proteção da informação.

Condições e financiamento: A participação neste estudo é voluntária, sem qualquer tipo de incentivo monetário ou de outro cariz, sendo possível retirar-se do estudo, se assim o entender. Este estudo obteve um parecer favorável por parte da Comissão de Ética.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos só serão utilizados para o presente estudo, não existirá o registo dos dados de identificação de maneira a garantir o anonimato de todos os participantes. Todo e qualquer contacto para prestação de informação será realizado em ambientes privado.

Agradeço a todos os participantes e aos responsáveis dos mesmo pelo tempo e

disponibilidade na participação deste estudo.

José Pedro Ferreira, PhD, Universidade de Coimbra. jpferreira@fcddef.uc.pt

Diana Rocha, Universidade de Coimbra. 913113410 – diarocha9@gmail.com

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinaturas de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:... .. **Data:** /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CC N.º: **DATA OU VALIDADE** /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE