

A Percepção da Imagem Corporal no Deficiente Visual

Estudo comparativo em indivíduos praticantes de Futsal para Cegos, de Goalball e não praticantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.

Sara Aurélia Correia Teixeira Freitas

Porto, Maio 2007



U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

A Percepção da Imagem Corporal no Deficiente Visual:

Estudo comparativo em indivíduos praticantes de Futsal para Cegos, de Goalball e não praticantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.

Monografia, realizada no âmbito da disciplina de Seminário do 5º ano, da Licenciatura em Desporto e Educação Física, na área de Reeducação e Reabilitação, da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Orientador: Professora Doutora Olga Vasconcelos

Co-Orientadora: Professora Doutora Maria Adília Silva

Sara Aurélia Correia Teixeira Freitas

Porto, Maio 2007

Freitas, S. (2007). *A percepção da Imagem Corporal no Deficiente Visual. Estudo comparativo entre praticantes de Futsal para Cegos, de Goalball e não praticantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.* Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

PALAVRAS-CHAVE:

PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL; DEFICIÊNCIA VISUAL; GOALBALL; FUTSAL PARA CEGOS.

Agradecimentos

A realização deste estudo, apesar de ser de cariz individual, apenas foi possível graças à colaboração, orientação, apoio e incentivo de várias pessoas, a quem agora gostaria de expressar o meu sincero agradecimento.

À Professora Doutora Olga Vasconcelos, pela sua orientação, apoio, pela sua disponibilidade revelada, pela confiança, paciência, empenho pessoal, incentivo e amizade.

À Professora Doutora Maria Adília Silva, co-orientadora deste trabalho, pela sua disponibilidade imediata, preciosa ajuda e sabedoria demonstrada.

Aos professores do Centro de Reabilitação da Areosa, pelo interesse, apoio e colaboração no decorrer da recolha da amostra.

A todos os atletas e utentes do Centro de Reabilitação da Areosa, pela simpatia com que me receberam e disponibilidade que demonstraram para a aplicação do instrumento, pois sem a sua colaboração, não teria sido possível a concretização deste trabalho.

Às minhas grandes amigas desta longa caminhada, Teresa, Isabel e Raquel, pelo seu entusiasmo, amizade, incondicional apoio e conforto nos momentos mais difíceis.

Ao Andrés, pela amizade, fundamental apoio, incentivo e palavras serenas nos momentos certos, que me confortaram e me deram alento.

A todos os meus colegas de seminário, pelos bons momentos proporcionados, sugestões e críticas pertinentes.

À minha grande amiga Rosália de sempre, um apreço especial, pela eterna amizade, ajuda e atenção constante.

Aos meus Pais pelo carinho, paciência, apoio e amor sempre presentes.

E ainda a todos/as aqueles/as que, apesar de não mencionados contribuíram, de alguma forma, para a sua realização.

Índice Geral

Agradecimentos	III
Índice Geral	V
Índice de Figuras	VII
Índice de Quadros	IX
Índice de Anexos	XI
Resumo	XII
Abstract	XV
Résumé	XVII
1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	5
2.1. Deficiência Visual	5
2.1.1. Definição e Classificação	5
2.1.2. Etiologia	7
2.1.3. Caracterização da pessoa com Deficiência Visual	8
2.1.4. O Desporto na Deficiência Visual. Breve abordagem às modalidades de Goalball e Futsal para cegos	11
2.2. Imagem Corporal	15
2.2.1. Conceito	15
2.2.2. Avaliação da componente perceptiva da Imagem Corporal	18
2.3. Percepção da Imagem Corporal na Deficiência Visual	20
2.4. Estudos da Imagem Corporal em populações especiais	23
3. Objectivos e Hipóteses	29
4. Metodologia	31
4.1. Amostra	31
4.2. Instrumento para a avaliação da Imagem Corporal	31
4.3. Procedimentos	32
4.3.1. Procedimentos de Aplicação	32
4.3.2. Procedimentos Estatísticos	33
5. Apresentação e Discussão dos Resultados	32
	35
6. Conclusões e Sugestões	50
7. Bibliografia	53
8. Anexos	63

Índice de Figuras

Figura 1. Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes e não praticantes de actividade física regular, para as várias partes do corpo.....	39
Figura 2. Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes de Goalball e de Futsal para Cegos, para as várias partes do corpo.....	40
Figura 3. Índices de Percepção Corporal (IPC) em função do sexo nos indivíduos não praticantes, para as várias partes do corpo.....	42
Figura 4. Índices de Percepção Corporal (IPC) em função dos escalões etário, para as várias partes do corpo.....	43

Índice de Quadros

Quadro 1. Classificação médica segundo a escala optométrica de Snellen, apresentada pela OMS (1989).....	6
Quadro 2. Medidas morfológicas reais dos indivíduos praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.....	35
Quadro 3. Imagem Corporal Percepcionada dos indivíduos praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.....	36
Quadro 4. Medidas morfológicas reais dos indivíduos não praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.....	36
Quadro 5. Imagem Corporal Percepcionada dos indivíduos não praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.....	37
Quadro 6. Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes e não praticantes de actividade física regular. Média, desvio-padrão, valores de Mean Rank, de z e p.....	38
Quadro 7. Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes de Goalball e de Futsal para cegos. Média, desvio-padrão, valores de Mean Rank, de z e p.....	39
Quadro 8. Índices de Percepção Corporal (IPC) dos indivíduos não praticantes masculinos e femininos. desvio-padrão, valores de Mean Rank, de z e p.....	41
Quadro 9. Índices de Percepção Corporal (IPC) em função dos escalões etários Adulto jovem e Meia-Idade. Média, desvio-padrão, valores de Mean Rank, de z e p.....	42
Quadro 10. Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes e não praticantes, em função dos escalões etários Adulto jovem e Meia-Idade. Média, desvio-padrão, valores de Mean Rank, de z e p.....	44

Índice de Anexos

Anexo I – Questionário da percepção da Imagem Corporal	I
Anexo II – Carta dirigida ao Centro de Reabilitação da Areosa	II

Resumo

Ao longo dos tempos, o Corpo tem sido olhado das mais diversas formas.

Mas como será construída a Imagem Corporal pelo “olhar” de quem não possui o sentido da visão?

Sendo assim, o nosso trabalho pretende investigar a percepção da Imagem Corporal em indivíduos com Deficiência Visual, de ambos os sexos, praticantes de Goalball, de Futsal para Cegos e não praticantes.

A amostra é constituída por 42 indivíduos com Deficiência Visual (cegueira e grande ambliopia), sendo 22 praticantes (11 de Futsal para Cegos e 11 de Goalball), todos do sexo masculino, e 20 não praticantes (10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.

Para a avaliação da Percepção da Imagem Corporal utilizamos o questionário da percepção da imagem corporal de Kreitler e Kreitler (1988) – *Body Size Estimation Method* (BSEM).

Os procedimentos estatísticos foram a média, o desvio-padrão, os valores mínimo e máximo e o teste de *Mann Whitney*.

Os resultados obtidos nesta investigação permitiram concluir que a percepção da Imagem Corporal não difere nos praticantes e não praticantes de actividade física regular, apenas apresentando melhor precisão na parte corporal boca. Entre os praticantes de Goalball e Futsal para cegos, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre ambos. No grupo dos não praticantes, os homens apenas manifestaram melhor precisão na parte corporal cintura, com sobrestimação desta pelas mulheres. Quanto aos escalões etários, verificam-se diferenças significativamente estatísticas, nas parte corporais cintura e face, com melhor índice de percepção para os mais novos (Adultos Jovens) do que para os mais velhos (Meia-Idade), assim como uma tendência para sobrevalorização das medidas pelos primeiros e para um subestimação das partes pelos segundos.

Palavras-Chave: Percepção da Imagem Corporal; Deficiência Visual; Goalball; Futsal para Cegos.

Abstract

Throughout the times, the Body has been looked at of the most diverse forms.

But, how is constructed the Body Image by the “look” of who doesn’t see?

So, our estudy aim is to to investigate the perception of the body image on people with visual impairment, of both genres, players of Goalball and Football 5-a-Side and people not physical active.

The sample is constituted by 42 individual with visual impairment (Blind or ambliope), in which 22 practice physical activity regular (Goalball and Football 5-a-Side) all males, and 20 do not (10 females and 10 males), with an age range from 20 to 58 years old.

For the avaluation of the perception of the body image we used the “Body Image Estimation method” (BSEM) of Kreitker and Kreitler (1988).

The statistical procedures used was the average, standard deviation, the values minimum and maximum and the Mann Whitney test. For the organization of the gotten data, we appeal to the programs Excel Windows XP, SPSS 14,0 and Word Windows XP. The level of significance was fixed in 0.05.

The results in this study had allowed to conclude for its analysis that the perception of the Body Image didn’t differs in the ones that practice and do not practice a regular physical activity, only presenting better precision in the corporal part mouth. Between the practitioners of Goalball and Football 5a-Side, also didn’t verified significant estatistical differences between both. In the group of not practitioners, the men had only revealed better precision in the body part waist, with overavaluation of this for the women. As concerns to the age, differences are verified significantly statisticians, in the body part waist and face, with better index of perception for the youngsters (Adult Young), of what for the olders (Middle-age), as well as a trend for overvaluation of the measures for the first ones, and for a underavaluation of the body parts by the seconds.

Key-words: Perception of the Body Image; Visual Impairment; Goalball; Football 5-a-Side.

Résumé

Au long des temps, le Corps a été regardé des plus diverses formes.

Mais comment sera construite l'Image Corporelle par le « regard » de qui ne possède pas le sens de la vision ?

Ainsi, notre travail prétend étudier la perception de l'image corporelle dans des personnes avec Insuffisance Visuelle, des deux sexes, pratiquants de Goalball et de Football de 5 pour Aveugles et non pratiquants de l'activité physique régulière.

L'échantillon est constitué par 42 personnes avec Insuffisance Visuelle (aveugle ou amblyopie), dans 22 pratique de l'activité physique régulièrement (Goalball et Futsal cegos), tous masculins, et 20 non pratiquant (10 féminins et 10 masculins), leurs âge étant compris entre 20 et 58 ans.

Pour l'évaluation de la perception de l'image corporelle nous avons utilisé "Method de l' Estimation de la Dimension du Corps.

Les procédures statistiques ont été la moyenne, l'écart-type, les valeurs minime et maximum et le test de Mann Whitney.

Les résultats obtenus dans cette recherche ont permis de conclure par leur analyse que la perception de l'Image Corporelle ne nous diffère pas praticiens et non pratiquants d'activité physique régulière, seulement en présentant meilleur précision dans la partie corporelle bouche. Entre les praticiens de Goalball et de Football pour aveugles, aussi ne se sont pas vérifiées des différences statistiquement significatives entre les deux. Dans le groupe des non pratiquants, les hommes seulement ont manifesté meilleur précision dans la partie corporelle taille, avec une surestimation de cette si par les femmes. Dans les étapes étaies, se vérifient des différences significativement statistiques, dans les partie corporels taille et face, avec meilleur indice de perception pour les plus jeunes (Adultes Jeunes), que pour les plus vieux (Moyen-âge), ainsi qu'une tendance pour surestimation des mesures par premiers, et pour une subestimé des parties par les secondes.

Mots-clé: Perception de l'Image Corporelle; Insuffisance Visuelle; Goalball; Football de 5 pour Aveugles.

1. Introdução

A visão é um fenómeno muito complexo, compreendendo uma variedade de aspectos entre os quais, o sentido da forma, o sentido da cor e o sentido luminoso que nos permite identificar respectivamente a forma, a cor e o contraste luminoso das várias situações do mundo exterior.

Sendo assim, o Homem depende do sentido visual, isto é, privilegia o sentido da visão, sendo, o conhecimento do mundo exterior efectuado essencialmente por meio do mesmo (Freitas, 2000). Deste modo, a falta deste sentido coloca a pessoa deficiente visual numa “posição de desvantagem, sob certos aspectos, especialmente os psicomotores, emocionais e sociais, quando comparado ao indivíduo normovisual” (Júnior e Santos, 2001, p.1).

É importante salientar que, pelo facto de se perder um dos sentidos, não se passa, automaticamente, a ter os outros mais apurados. A verdade é que a pessoa privada de um sentido principal como a visão, passa a sentir grande necessidade de utilizar os outros de forma a preencher essa lacuna.

Segundo Lefevre e Delchet (1972), o cego assume normalmente uma atitude expectante e receptora em relação ao envolvimento, assim sendo, é normal que as sensações auditivas, olfactivas e térmicas passem a ocupar lugar de destaque em todas as experiências sensoriais, o que cria a ideia generalizada de que os cegos têm melhores sentidos para compensar a falta da visão. Sabemos que o cego apenas utiliza mais e melhor estes sentidos.

Mas, quando falta um sentido, falta uma dimensão à imagem do mundo resultante. Portanto, quando falta o sentido da visão, obtêm-se conceitos diferentes do mundo físico.

Sendo assim, Merleau-Ponty (1997) afirma que a visão é espelho ou concentração do universo. Também Garcia (1999) declara que, ao longo da vida, as maiores transformações do nosso corpo foram e são observadas directamente ou através de um reflexo. O corpo é mais que uma simples forma reflectida pelo espelho, é ou não aquilo que gostaríamos que fosse.

Deste modo, o corpo foi assumindo diferentes formas e a importância que lhe vai sendo atribuída, ao longo do tempo, acompanha todas essas mudanças. Hoje a valorização do corpo é indiscutível.

Legros (1971, cit. Pereira, 1993), é da opinião que o deficiente visual revela, relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, problemas no equilíbrio, instabilidade psicomotora, desconhecimento do seu corpo, má adaptação sensório-motora e dificuldades na organização do espaço.

Daí surgiu a nossa inquietação, como é que uma pessoa que não vê, tem noção do seu corpo? Se não consegue visualizar o seu reflexo no espelho, como é que percebe o seu corpo?

Vários estudos indicam que entre 80-90% das percepções do homem, que contribuem para a formação de conhecimentos, são obtidas através do sentido da visão (Moura e Castro, 1995).

Também Schilder (1968) refere que a Imagem Corporal não se perpetua no tempo, mas vai sofrendo alterações ao longo da vida de acordo com os diferentes tipos de experiências e situações vivenciadas.

Vaz Serra (1987, cit. Batista 1995) refere ainda que, a prática de uma actividade física regular, constitui um meio privilegiado de restaurar a Imagem Corporal.

Portanto, para conhecermos a organização do mundo que nos rodeia, é importante termos como base desse processo de organização a Imagem Corporal.

Assim, Pereira (1987) refere que identificar as partes do corpo é fundamental para que a criança se mova de uma forma eficaz.

Nesta perspectiva, o nosso trabalho pretende investigar a percepção da Imagem Corporal em indivíduos com Deficiência Visual, comparando praticantes de Goalball, de Futsal para Cegos e não praticantes.

O nosso trabalho contempla, deste modo, duas grandes temáticas: a Deficiência Visual e a Imagem Corporal.

Como tal, o nosso estudo poderá constituir-se uma mais valia pelas seguintes razões: verifica-se escassez de trabalhos relacionados com este tema, levando a um menor aproveitamento do desenvolvimento das potencialidades da pessoa cega, assim como a informação derivada deste estudo poderá oferecer um contributo para a caracterização e intervenção junto desta população.

Com base no acima apresentado, julgamos estar justificada a pertinência do nosso estudo.

De modo a tentar dar resposta aos objectivos a que nos propusemos, o presente estudo encontra-se estruturado da seguinte forma:

Após a Introdução, em que procuramos realizar um enquadramento teórico do que será o nosso trabalho, realçando a pertinência do mesmo, desenvolvemos a Revisão da Literatura, direccionando a nossa atenção para os temas em questão, ou seja, procedemos inicialmente à definição e caracterização geral da Deficiência Visual, bem como a uma abordagem ao desporto para esta população, em particular o Goalball e o Futsal para Cegos. Apresentamos também, a definição e avaliação da Imagem Corporal, bem como estudos desta temática em populações especiais, exclusivamente acerca da componente perceptiva. Estudamos ainda a percepção da Imagem Corporal na Deficiência Visual.

Seguidamente, apresentamos os Objectivos subdivididos em geral e específicos, assim como as Hipóteses.

No ponto subsequente, abordamos as questões metodológicas, como a caracterização da amostra estudada, o instrumento, os procedimentos de aplicação e estatísticos utilizados.

Segue-se a apresentação e discussão dos resultados, comparando os resultados obtidos com o enquadramento teórico de referência.

Para terminar, apresentaremos as conclusões finais do trabalho, seguidas de algumas sugestões para futuras investigações.

Por fim, as referências bibliográficas consultadas para a fundamentação deste estudo.

2. Revisão da Literatura

2.1. Deficiência Visual

2.1.1. Definição e Classificação

De acordo com Moura e Castro (1995), o conceito de Deficiência Visual e os parâmetros para uma uniformização da sua definição ainda não foram encontrados. O assunto é delicado, na medida em que a plasticidade da pessoa humana não facilita a rigidez do conceito.

Daí Pereira (1980) e Rosadas (1989) referirem que, para se falar em Deficiência Visual, é importante definir o tipo de população normalmente abrangida por este conceito.

A Deficiência Visual caracteriza-se pela incapacidade total ou parcial dos seus portadores utilizarem o sentido da visão nas actividades normais da vida e pela capacidade de superarem a sua deficiência, valendo-se dos sentidos remanescentes (Moura e Castro, 1995).

O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congénitas ou hereditárias (isto de acordo com o momento em que esta se instala), mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico, e uso de óculos convencionais (Moura e Castro, 1993).

Segundo Pereira (1980), baseando-se na terminologia da Educação Especial (UNESCO), o deficiente visual é todo o indivíduo que apresenta um grande *déficit* visual, podendo nalguns casos, utilizando auxiliares ópticos, ser ensinado a ler caracteres impressos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1989), refere que o indivíduo com baixa visão ou visão subnormal é aquele que apresenta diminuição das suas respostas visuais, mesmo após tratamento e ou correcção óptica convencional, e uma acuidade visual menor que 6/18 à percepção de luz, ou um campo visual menor que 10 graus do seu ponto de fixação. Apesar disso, é possivelmente capaz de utilizar a visão para o planeamento e/ou execução de uma tarefa.

Para Munster e Almeida (2005), a utilização de lentes correctivas não é suficiente para o indivíduo ser caracterizado com Deficiência Visual, uma vez

que a prescrição de correção óptica adequada pode conferir ao indivíduo uma condição ideal. Porém, mesmo com a utilização de recursos ópticos especiais e passando por intervenções cirúrgicas, alguns indivíduos continuam com a capacidade visual severamente comprometida, sendo então consideradas pessoas com Deficiência Visual.

Todavia, um dos autores mais antigos, dá-nos uma definição muito interessante e que, de certo modo, completa as que vimos até agora. Gregory (1968), diz-nos que para além do grau de deficiência visual, a capacidade de ver depende de outros factores, tais como: o envolvimento físico e humano, a adaptação à situação, o tipo de personalidade, a inteligência, a maior ou menor autonomia, a educação recebida, assim como os apoios técnicos.

Parece, então, oportuno, apresentar a classificação da Deficiência Visual. Para tal, é necessário, primeiramente, definir acuidade visual e campo visual, uma vez que, segundo Pereira (1987), o grau de deficiência visual é normalmente definido por estes dois parâmetros. Assim, Moura e Castro (1994), seguindo as linhas de orientação de Guyton, entende por acuidade visual máxima a capacidade que permite distinguir dois pontos luminosos, com alguma dificuldade, à distância de 10 metros separados entre si de 1mm e, por campo visual, toda a área vista por um olho, num dado momento.

Vejamos assim, a classificação apresentada pela Organização Mundial de Saúde (1989), utilizando a escala de Snellen:

Quadro 1 – Classificação médica segundo a escala optométrica de Snellen, apresentada pela OMS (1989).

Categoria da Visão	Grau de Deficiência	Acuidade Visual (com a melhor correção possível)
Visão Normal	Nula	0.8 ou melhor
	Ligeira	Menos de 0.8
Ambliopia	Moderada	Menos de 0.3
	Grave	Menos de 0.12
Cegueira	Profunda	Menos de 0.05
	Quase Total	Menos de 0.02
	Total	Ausência de percepção de luz

Esta classificação é utilizada a nível internacional, embora a classificação das deficiências visuais varie de país para país, suscitando ainda problemas de terminologia.

Contudo, em Portugal, a designação dos graus de Deficiência Visual dividem-se em Cegueira e Ambliopia. A Cegueira subdivide-se em Cegueira Total (ou Cegueira cientificamente absoluta), em Cegueira Prática e em Cegueira Legal. A Ambliopia, por seu lado, é subdividida em Grande Ambliopia e Pequena Ambliopia. A Cegueira Total é caracterizada pela ausência total de percepção luminosa. A Cegueira Prática, por sua vez, vai da percepção luminosa até à acuidade visual de 0,05. O indivíduo vê vultos, sombras a pequenas distâncias e orienta-se em ambientes conhecidos. A Cegueira Legal, segundo os parâmetros portugueses, é caracterizada por uma acuidade visual inferior a 1/10 no melhor olho (depois de corrigido) ou, pelo menos, um campo visual, de 20 graus (Carvalho, 2002; Moura e Castro, 1993).

A grande ambliopia refere-se à acuidade visual entre 1/10 e 3/10 no melhor olho depois de corrigido) e a pequena ambliopia, implica uma acuidade visual entre 3/10 e 5/10 no melhor olho depois de corrigido (Moura e Castro, 1993).

2.1.2. Etiologia

São várias as causas da Deficiência Visual.

Silva (1991) divide as causas da Deficiência Visual em dois grupos.

O primeiro está subdividido em causas pré-natais, peri-natais, pós-natais e adquiridas na fase adulta). No segundo grupo encontram-se as causas desconhecidas.

As causas pré-natais correspondem geralmente a alterações genéticas, infecções maternas (por exemplo rubéola, toxoplasmose), hemorragias, medicamentos tóxicos, assim como motivos de ordem hereditária.

As causas peri-natais (que ocorrem durante o parto), surgem geralmente devido a sofrimento fetal (por exemplo falta de oxigénio), traumatismo de parto ou prematuridade (principalmente por imaturidade da retina).

As causas pós-natais (adquiridas após o nascimento do indivíduo) relacionam-se com infecções (meningite, encefalite, tracoma, oncocerose),

traumatismo (craniano, ocular), afecções neurológicas, tumores intracranianos, diabetes, atrofia óptica e hipertensão arterial.

Mas, de acordo com a OMS (Monteiro, 1999; Hugonnier-Clayette et al, 1989), as principais causas de cegueira a nível mundial são:

1. Tracoma (transmitidas pelas moscas, tem grande significado nas regiões superpovoadas, falta de higiene, pobreza);
2. Xeroftalmia (defeito de visão provocada pela falta de vitamina A);
3. Oncoceroze (transmitida por um parasita, chamada doença dos rios em África);
4. Catarata (opacificação do cristalino);
5. Glaucoma (tensão intra-ocular superior a 40mm de mercúrio (Hg), principal causa nos países evoluídos);
6. Traumatismo ocular.

Em Portugal, a primeira maior causa de cegueira é a diabetes, seguido das cataratas (Rodrigues, 2002a).

2.1.3. Caracterização da pessoa com Deficiência Visual

A perda de visão tem sérias implicações no desenvolvimento geral das características motoras, académicas, intelectuais, psicológicas e sociais (Auxter et al., 1997). Apesar de haver uma enorme diversidade entre pessoas com deficiência visual, algumas características parecem ocorrer com maior frequência nesta população do que em pessoas ditas normais. Segundo Craft (1990, p.211, cit. Moura e Castro, 1993), “estas características dos indivíduos com deficiências visuais podem ser bastante influenciadas por alguns factores, tais como a quantidade de visão disponível, a idade com que se perdeu a visão e a presença de outros problemas de saúde e condições de incapacidade”.

Na criança normovisual, verifica-se que responde aos estímulos ambientais com um desenvolvimento motor espontâneo. Já a criança deficiente visual percebe o meio ambiente de forma incompleta, o que implica um desenvolvimento motor a um ritmo diferente, embora este dependa da atenção e estimulação precoce que recebe (Martínez, 1998; Martin & Bueno, 1994).

No entanto, para Scholl (1974, cit. Pereira, 1993), a diferença de comportamento que se observa na criança cega deve-se não só à sua incapacidade de imitar o gesto, mas também ao desconhecimento que tem do mesmo.

Jones (1975, cit. Pereira, 1993), corrobora esta opinião ao afirmar que as dificuldades que os invisuais podem ter na percepção espacial e orientação podem ser atribuídas mais a uma falta de experiência adequada do que à inexistência de visão.

Segundo alguns autores (Moura e Castro, 1996; Afonso, 1995), a personalidade da pessoa com Deficiência Visual é caracterizada pela ausência de segurança, de autonomia e de iniciativa. Esta inibição natural e a correspondente hipertonicidade, resultam da incoerência e do reforço negativo das primeiras experiências. No deficiente visual a manipulação de objectos é limitada e pouco generalizada e como consequência, a visão deixa de realizar predições perceptivas.

Esta falta de experiências motoras tem que ser por nós realçada, pois é devida em grande parte à tendência para proteger em demasia a pessoa cega (Pereira, 1981).

São poucas as pessoas com Deficiência Visual que tiveram a oportunidade de subir às árvores, correr, jogar ao berlinde (Jones, 1987, cit. Alegre, 2006).

Todos estes factores conduzem a pessoa cega a um comportamento de comodismo, inactividade e de sedentarismo.

Para Winnick (1990), as características da pessoa com Deficiência Visual são fortemente influenciadas pela quantidade de visão, pela altura que ocorreu a deficiência e outros problemas de saúde/deficiência, tal como já foi anteriormente referido.

Este autor apresenta ainda, as principais características da pessoa com deficiência visual nos três domínios do desenvolvimento humano:

- Domínio Cognitivo: as crianças com cegueira congénita não são estimuladas visualmente, podendo verificar-se problemas de percepção e cognição, se não aprenderem pelos outros sentidos.

- Domínio Motor: pela reduzida oportunidade de movimento, pela falta de motivação, bem como pela falta de observação dos outros, pode conduzir a um atraso no desenvolvimento psicomotor.
- Domínio Afectivo-Social: revelam por vezes sinais de insegurança, receio, desconfiança, isolamento e dificuldades de integração.

Esta população caracteriza-se, frequentemente por apresentar uma postura anormal, isto é, cabeça pendente, tronco inclinado atrás, numa posição de defesa, braços oblíquos em relação ao corpo, assim como colocação de toda a planta do pé no chão durante a marcha. Surgem comportamentos estereotipados frequentes na deficiência congénita (maneirismos) tais como piscar ou esfregar os olhos, rodar a cabeça, ou ainda balançar o corpo (Pereira, 1989; Pereira, 1998).

Estes maneirismos têm tendência a manter-se por períodos de tempo alargado, devendo-se, segundo Pereira (1989), ao facto da pessoa com Deficiência Visual ter dificuldade em estabelecer a alternância entre a segurança e a tomada de iniciativa para fazer movimentos exploratórios intencionais.

Em termos gerais, podemos afirmar que o rendimento que as crianças cegas obtêm (quando muito novas) em áreas tácteis e auditivas é inferior aos ditos normais (Monteiro, 1999). De qualquer modo está comprovado que essa inferioridade tende a desaparecer à medida que os cegos vão crescendo e recebendo uma educação adequada.

A visão é um sentido que rapidamente unifica sensações (textura, forma, tamanho, som, peso, etc.) e põe em relação um sentido e o outro. Na pessoa cegas não existe esse elemento unificador.

À medida que a criança cega cresce e vai dominando o mundo perceptivamente, capta o significado das experiências sensoriais e diminui o atraso em relação às que vêem. Convém salientar que conhecer o mundo perceptivo sem a visão é muito mais difícil e lento do que com ela, de modo que se requer uma utilização do resto dos sentidos de uma forma mais eficaz (Pereira, 1993). Ou seja, embora no jovem e no adulto não se coloque o problema da comunicação, e, o facto de já possuir um conjunto de conhecimentos como a percepção corporal, a lateralização, a aquisição e

formulação de conceitos, necessita desenvolver a exploração táctil e auditiva de forma a adquirir as habilidades de orientação e mobilidade decorrentes da nova condição e se necessário, a aprendizagem do alfabeto Braille (Alegre, 2006).

2.1.4. O Desporto na Deficiência Visual. Breve abordagem às modalidades de Goalball e Futsal para cegos

O ser humano utiliza o movimento corporal para atingir o seu desenvolvimento psicomotor.

Para autores como Ochaita e Rosa (1995) e Novi (1996), o indivíduo necessita de movimento para explorar o meio e familiarizar-se com ele.

Assim, todo o indivíduo com Deficiência Visual que fica privado de estimulação psicomotora pode apresentar uma passividade perante os objectos e o meio que os rodeia, podendo pôr em perigo todo o desenvolvimento.

Podemos afirmar que, de uma forma geral, o desporto contribui para melhorar os padrões normais do movimento, desenvolvendo a autonomia motora, de modo a que a pessoa com Deficiência Visual tenha sucesso perante si próprio e os outros. Proporciona um melhor conhecimento de si o que, juntamente com vivências de situações de sucesso, aumenta a sua confiança, auto-domínio e capacidade de iniciativa. Favorece, também, a Imagem Corporal e desenvolve a comunicação, contribuindo para a socialização (Rodrigues, 2002a).

O desporto para deficientes, de acordo com Silva (1991) aplica-se a pessoas que, com a sua deficiência, são capazes de praticar uma actividade desportiva sem que esta sofra alguma alteração. As modificações não retiram ao desporto o carácter competitivo, organizado, institucionalizado e regulamentado que este possui.

O portador de deficiência visual, através do desporto, descobre os seus limites e possibilidades, ultrapassa algumas barreiras impostas pela sociedade, relaciona-se e troca experiências com os outros. Assim, as suas habilidades são postas à prova para o encorajar e para que ultrapasse os seus limites, valorizando assim as suas acções. Por conseguinte, estas no desporto, irão desenvolver, a sua auto-confiança, autonomia e liberdade (Silva, 1998).

O atleta deficiente visual, gosta de ser conhecido pelas suas características individuais e pretende ser avaliado de acordo com a área e classe de deficiência em que compete (Sherril, 1998).

No desporto para Deficientes existem várias provas desportivas comuns ao desporto em geral, contudo, adaptadas a esta população. Há ainda um número mais restrito de provas específicas dentro de algumas áreas de deficiência (Pereira, 1998).

Os desportos específicos são completamente distintos dos outros, pois têm as suas regras e nada têm em comum com as outras modalidades desportivas (por exemplo o Goalball e o Boccia).

Torna-se importante conhecer a classificação desportiva dos atletas, assim como as regras das diferentes modalidades.

O sistema classificativo da *Internacional Blind Sport Association* (2006), mais conhecida por IBSA, é igual para todas as modalidades desportivas. Mede-se através de uma escala de oftalmologia (Carta de medida de Snellen), que envolve parâmetros de acuidade visual. As medidas são feitas no melhor olho depois de corrigido.

As classes são três: B1, B2, B3 em, que a letra B significa *Blind* (cego).

B1 – Cegos Totais: parte da ausência de percepção de luz em ambos os olhos até alguma percepção de luz, mas sem reconhecer a forma de uma mão em qualquer distancia ou direcção.

B2 – Deficientes Visuais: começa na capacidade de reconhecer a mão, até a acuidade visual de 2/60 (0.03) e /ou campo visual de 5 graus

B3 – Deficientes Visuais com maior visão: desde a acuidade visual de 2/60 (0,03) até 6/60 (0,1) e/ou campo visual superior a 5 graus e inferior a 20.

Os jogos desportivos colectivos são um meio formativo, por excelência, devido à riqueza de situações que proporcionam. São desenvolvidos a partir da sua prática, capacidades, habilidades motoras, e, relação de grupo, o que constitui a base do saber em sociedade (Mesquita, 1992).

O Goalball e o Futsal para cegos apresentam características que os integram no quadro dos Jogos Desportivos Colectivos e, por constituírem a

base do nosso estudo, vamos realizar uma breve abordagem a estas duas modalidades.

Relativamente ao Goalball, trata-se de uma modalidade praticada quase exclusivamente por atletas com deficiência visual, sendo separados por duas categorias: feminino e masculino (em Portugal pode existir um praticante normovisual em cada equipa, bem como equipas mistas).

O Goalball foi desenvolvido originalmente em 1946 por Hanz Lorenzen (Austriaco) e Sepp Reindle (Alemão) era praticado para reabilitação dos soldados veteranos que perderam a visão durante a Segunda Guerra Mundial. Em Portugal esta modalidade é mais recente. É praticada num recinto coberto, no qual o silêncio é a chave do sucesso. Trata-se de um jogo disputado por duas equipas, cada uma constituída por três jogadores efectivos e três suplentes. O recinto tem as mesmas medidas que o campo de voleibol (9x18m) e a duração de cada jogo é de 20 minutos. Cada meio campo é formado por uma área de equipa, uma área de chegada e uma área neutra. Todas as linhas são marcadas em alto-relevo para os atletas as identificarem e se orientarem através do tacto.

Segundo a IBSA e respectiva actualização em 2002, no Goalball todas as faltas são comunicadas em inglês, fazendo-se ouvir por 2 árbitros de campo (um principal e um auxiliar).

O principal objectivo desta modalidade é que cada equipa marque o maior número de golos na baliza do adversário, tornando-se necessário que os jogadores utilizem estratégias específicas, treinadas e orientadas para a obtenção de êxito (Hoffman e Rodrigues, 2000).

O jogo é caracterizado por relações individuais, ou seja, a relação motora do jogador no seu espaço próprio, com os gestos técnicos fundamentais de cada fase do jogo (ataque e defesa) e as relações inter-individuais, que são o conjunto de combinações ou esquemas tácticos, tanto de cooperação com os companheiros, como de oposição com os adversários (Marques et al., 1987).

O ataque e a defesa sucedem continuamente, salvo se houver interrupção da partida, por uma de três razões: a bola sair do terreno de jogo,

se houver a marcação de uma falta pessoal ou de equipa, ou se for marcado golo.

Quanto ao Futsal para cegos, é uma adaptação do Futsal para normovisuais, utilizando assim, as mesmas regras da FIFA (Federação Internacional de Futebol Associado), mas com adaptações estabelecidas pelo Comité Internacional de Futsal da IBSA em 1995, sendo praticado por 21 países (CPB, 2005).

É um jogo desportivo colectivo, praticado por duas equipas, cada uma com quatro jogadores de campo e um guarda-redes. Alguns dos jogadores de campo podem apresentar algum tipo de visão, deste modo, para que estejam em igualdade, todos os jogadores de campo usam gases e vendas. Assim, tudo o que os atletas de campo têm para se orientar no campo de jogo é a audição.

Nas provas nacionais podem participar atletas com diferentes graus de visão, mas nos jogos Paraolímpicos, apenas competem entre si os atletas da classe B1 (CPB, 2005). A utilização das vendas, mais uma vez servem para homogeneizar todos os participantes, dado que mesmo os atletas pertencentes à classe B1 podem ter uma leve percepção de luz, que poderia revelar-se uma vantagem sobre os demais.

É importante salientar o guarda-redes, que é normovisual ou ambliope, de modo a defender os remates da equipa adversária, uma vez que, pelas características da bola, a sua posição não é possível de detectar em trajectórias aéreas, como se verifica no caso do remate. Para além de defender, tem a seu cargo a orientação dos atletas da sua equipa, quer nas acções ofensivas, quer defensivas, dado que controla visualmente todos os intervenientes no jogo. Apesar disso, a sua intervenção está limitada à área do guarda-redes, não podendo interferir nas jogadas nem tocar na bola para além dessa zona, o que resulta na marcação de grande penalidade.

Outro elemento de equipa importante de salientar é o Guia, que se coloca atrás da baliza adversária, e tem como função orientar os jogadores para a baliza adversária.

O passe de um jogador para outro é frequente, mas o mais comum é a condução da bola por um atleta até o remate nas proximidades da baliza.

Quando a bola está em jogo, os jogadores são obrigados a avisar que vão disputar a bola para diminuir a possibilidade de choques entre eles.

Cada jogo é realizado em dois períodos de 25 minutos, com 10 de intervalo. Para assegurar o cumprimento das Leis de Jogo, existem dois árbitros (um principal e um auxiliar), sendo ainda auxiliados por um terceiro árbitro e o cronometrista.

No Futsal para cegos existem, no entanto, algumas regras diferentes do Futsal para os normovisuais: não há lateral, em cada período são permitidas três faltas colectivas; a partir da quarta todas as faltas são cobradas sob a forma de remate directo à baliza. O atleta que no decorrer do jogo cometer cinco infracções pessoais é expulso, podendo ser substituído por outro jogador.

A bola contém um guizo, para orientar os jogadores, e os espectadores não pode fazer barulho, para não perturbar a concentração dos atletas durante o jogo, tal como acontece no Goalball.

Em termos de conclusão, será importante referir relativamente às características destas duas modalidades, que o Futsal para Cegos, é uma modalidade que apresenta maior complexidade de jogo, pelo número de jogadores em campo, pelo facto de ser uma modalidade invasiva ao contrário do Goalball (não invasiva), o que requer uma orientação espacial, bem mais apurada, pela diversidade de situações que esta prática acarreta.

2.2. Imagem Corporal

2.2.1. Conceito

Consideramos importante, dada a diversidade terminológica, clarificar o conceito da Imagem Corporal.

Segundo Garcia (1989) este conceito tem sido objecto de investigação em domínios tão distintos quanto a Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Social, Psiquiatria, a Antropologia, a Biologia, a actividade Desportiva ou mesmo no campo Filosófico. Tudo isto conduz a uma grande heterogeneidade no que diz respeito à definição de Imagem Corporal, tendo sido referida como Esquema Corporal, Corpo Percebido ou Consciência Corporal, entre outras definições (Fisher, 1990).

Jourard (1953, cit. Tucker, 1981, p. 891) descreve a Imagem Corporal como as “percepções, as crenças e os conhecimentos que os indivíduo possuem a respeito da estrutura, da função, da aparência e dos limites do seu próprio corpos”.

Após uma revisão cuidada e atenta da literatura específica nesta área, averiguamos que um dos primeiros autores a tentar definir a Imagem Corporal foi Schilder em 1935, designando-a como a imagem do nosso próprio corpo representado na mente, isto é, a forma como vemos o nosso corpo (Schilder, 1968). Este autor refere ainda, que a Imagem Corporal não se perpetua no tempo, mas vai sofrendo alterações ao longo da vida consoante os diferentes tipos de experiências e situações vivenciadas.

Mosquera (1976) afirma que o indivíduo desenvolve uma imagem de si mesmo através de um processo contínuo determinado ao longo da vida. À medida que o indivíduo cresce, a sua auto-imagem também se desenvolve, acrescentando ao seu quadro pessoal de referências novas dimensões que alteram substancialmente a percepção de si mesmo e do mundo que o rodeio.

O sujeito forma a seu respeito não só uma auto-imagem, mas várias auto-imagens, de acordo com os diferentes papéis ao longo do seu percurso de vida, como filho, como praticante de uma modalidade desportiva, como profissional ou como progenitor (Seragonian, 1993).

Das diversas auto-imagens que possuímos, a Imagem Corporal é uma das percepções que sofre mais alterações ao longo do ciclo de vida pois o indivíduo experimenta imagens corporais distintas em cada estágio da sua existência (Torres, 1985, cit. Marinho, 2002).

O conceito mais dinâmico de Imagem Corporal foi introduzido por Collins (1981), que defende que a representação mental é uma constelação de representações do próprio corpo que mudam gradualmente ao longo da vida à medida que o corpo se desenvolve e modifica. A precisão da imagem depende da medida do ajustamento entre a realidade e o ritmo de mudança corporal.

Na linha de ideias de Collins, Serra (1986, cit. Abrantes, 1998) caracteriza a Imagem Corporal, como a representação mental que o indivíduo elabora do seu corpo face a experiências actuais e anteriores. Também Alves (2003) consolida esta ideia, referindo que é ao longo da nossa vida, que vamos

construindo a nossa própria Imagem Corporal, que fica definida através de vivências com o meio e com nós próprios.

Sendo assim, e tal como Vasconcelos (1995) afirma, apesar de existirem diferenças, todas as definições partilham um ponto comum: a Imagem Corporal é multidimensional e compreende percepções distintas.

Também na perspectiva de Fisher (1986), a Imagem Corporal é multidimensional. Este autor assume que a experiência corporal envolve a percepção de e a atitude em relação a várias componentes, desde a aparência, ao tamanho corporal, à posição espacial do corpo, às fronteiras corporais, à competência corporal, e ainda aos aspectos relacionados com o papel masculino ou feminino desempenhados pelo próprio corpo. A atenção dos indivíduos pode mover-se de uma para outra destas componentes ou incidir, simultaneamente, sobre várias.

Em 1989, Cash e Brown sugeriram que a Imagem Corporal é uma idealização multidimensional definida pelas percepções e atitudes (afectivas, cognitivas, comportamentais) que o indivíduo tem em relação ao seu corpo.

Sobral e Vasconcelos (1999) refere que a Imagem Corporal não é apenas uma fotografia subjectiva do nosso corpo, nem a impressão reflectida passivamente das nossas dimensões, formas, peso e textura, mas uma construção permanente em que intervêm os nossos sentimentos e as nossas respostas aos valores, atitudes, modelos e opiniões vigentes num determinado contexto.

Desta forma, a Imagem Corporal é desenvolvida e reavaliada continuamente durante a vida inteira (Becker Jr., 1999).

Mediante isto, podemos conferir que a Imagem Corporal é uma experiência altamente personalizada que compreende duas componentes: a perceptiva e a subjectiva. A primeira reporta-se ao desenho mental que cada indivíduo faz do seu corpo, em resultado das percepções conscientes ou inconscientes. A segunda refere-se aos sentimentos, juízos e atitudes relativos ao corpo e às várias partes corporais (Cash e Pruzinsky, 1990). Gardner e Tokerman (1993 cit. Vasconcelos, 1995) consideram relativamente à componente subjectiva, que engloba igualmente a satisfação ou insatisfação em relação ao corpo ou a algumas das suas partes específicas. Assim, o cerne

da componente subjectiva refere-se aos sentimentos, pensamentos e comportamentos relativamente ao próprio corpo e, especialmente, ao peso.

Os métodos mais utilizados para determinar o nível de satisfação na relação tamanho-peso consistem em figuras esquemáticas ou silhuetas de diferentes tamanhos corporais, variando de "muito magras" até "muito gordas" (Keeton et al., 1990). Os indivíduos são solicitados a escolher a figura que melhor pensam representá-los (figura subjectiva) e a figura que gostariam de ser (figura preferida). A discrepância entre estas duas medidas é considerada como um indicador do nível de insatisfação com a imagem corporal.

Este trabalho como se refere ao estudo da componente perceptiva da Imagem Corporal, esta será alvo de pesquisa mais aprofundada.

2.2.2. Avaliação da componente perceptiva da Imagem Corporal

Existe um conjunto de instrumentos para avaliar a imagem corporal.

A percepção do tamanho corporal tem sido referido como a “distorção da Imagem Corporal”, contudo o termo mais correcto será a “precisão de estimativa da dimensão corporal (Vasconcelos, 1995).

Para a avaliação da percepção das partes corporais, Slade e Russel (1973 cit Bane e McAuley, 1998) desenvolveram um instrumento denominado por compasso móvel – *Movable Caliper Technique* (MCT), e que consiste numa barra horizontal com dois pontos luminosos montados num carroto. É pedido ao sujeito que aproxime ou afaste os pontos luminosos para identificar o tamanho da parte corporal solicitada. Este método de avaliação foi aplicado essencialmente em mulheres, contrastando as anorécticas com as que nunca tiveram essa doença.

Depois desta técnica acima descrita, surgiram outros instrumentos de avaliação do tamanho corporal, sendo um dos mais utilizados, o *Image Marking Procedure* (IMP), desenvolvido por Askevold (1975, cit Vasconcelos, 1995). No instrumento em causa o indivíduo em pé marca numa folha de papel anteriormente colocada numa parede, o tamanho da parte corporal pedida. Este instrumento foi essencialmente aplicado numa população feminina com alterações alimentares nomeadamente anorécticas e obesas.

Posteriormente, aparece o Instrumento de Detecção da Imagem Corporal (BIDD), desenvolvido por Ruff e Barrios (1986), em que se pede ao indivíduo que ajuste o tamanho da luz com o tamanho das partes corporais solicitadas, através da projecção de uma luz contra a parede. Também este instrumento foi utilizado numa população feminina com alterações alimentares.

Thompson et al. (1990, cit Correia 2003), apresenta outro instrumento, que é simplesmente uma modificação do BIDD, que é o aparelho de Barras de Luz. Ajustáveis, que consiste na apresentação simultânea de quatro barras de luz, representativas do mesmo número de sítios corporais (bochechas, cintura, ancas e coxas).

Mais tarde, Kreitler e Kreitler (1988) desenvolveram o *Body Size Estimation Method* (BSEM), que consiste em questionar a pessoa em, causa, com os olhos fechados, os tamanhos das várias partes do corpo.

É de salientar que este método utilizado por Kreitler e Kreitler (1988), foi desenvolvido para ambos os sexos, com ou sem distúrbios alimentares, assim como para idosos. Este teste foi considerado o mais acessível quer em termos económicos quer em termos de aplicação.

Em todos estes métodos é feita uma análise das diferenças entre o real e o percebido. As propriedades psicométricas destes instrumentos revelaram uma grande variedade de consistência interna e fiabilidade teste-reteste (Festas, 2002).

Todos estes instrumentos foram desenvolvidos para populações específicas e a sua validade externa é questionável. Com a excepção do BSEM de Kreitler e Kreitler (1988), que foi desenvolvido para ser aplicado não só a mulheres, como também a homens, com ou sem alterações alimentares mulheres e em idosos (Bane e McAuley, 1998).

Alguns autores, utilizaram as silhuetas para avaliar quer a percepção, quer a satisfação com a imagem corporal, de entre os quais destacamos alguns: Tucker (1983), Keeton et al. (1990), Phelps et al. (1993) e Sobral e Vasconcelos (1995). Sendo assim, torna-se importante realizar uma breve referência a este método, o qual, segundo Correia (2003), é o instrumento que permite determinar a precisão da Imagem Corporal. Para a sua avaliação utilizam-se fotografias, desenhos ou figuras esquemáticas, que variam de muito magro(a) a muito gordo(a). Desta forma, pede-se ao indivíduo que escolha a

silhueta que mais se aproxima do seu somatótipo real e depois de se medir o somatótipo efectivo, a diferença reflecte o grau de precisão da Imagem Corporal do indivíduo.

Para o nosso estudo decidimos seleccionar o instrumento de Kreitler e Kreitler (1988), pois para além de ter sido validado para diversas populações, é um instrumento acessível, uma vez que não envolve alta tecnologia nem elevados custos, e é mais preciso dado que cada indivíduo sobestima de forma diferente o tamanho de cada um dos sites considerados (Thompson et al, 1990, cit Correia, 2003).

2.3. Percepção da Imagem Corporal no Deficiente Visual

O corpo constrói uma relação consigo mesmo, através da imagem corporal, elaborando assim, a sua apreensão de mundo.

Barraga (1974) afirma ser necessário que as crianças cegas ou com resíduos visuais envolvam todo o seu corpo, para procurar e recolher informações acerca delas próprias e do mundo exterior.

A pessoa com Deficiência Visual que revela boa motricidade terá necessariamente de possuir uma imagem bastante precisa do seu corpo, pois a imagem do corpo é o conhecimento das suas diferentes partes, das suas funções e das suas possibilidades de acção. Assim, para uma postura bem estruturada, devem multiplicar-se as experiências, levando a uma tomada de consciência e permitindo um melhor controlo do corpo (Lafontaine, 1981).

Deste modo, podemos afirmar que a criança com Deficiência Visual necessita conhecer e compreender o seu corpo, bem como o de outras pessoas, de forma a explorar a diversidade das formas corporais.

O deslocamento em diferentes espaços proporciona à pessoa invisual estímulos na memória e na organização espaço-temporal, a fim de facilitar a interacção com a sociedade, evitando o seu isolamento e permitindo movimentos do corpo, o qual, ao ser racionalizado, vai ser reconhecido na orientação espacial a partir da consciência corporal. Assim, ao ter consciência da existência de objectos, deve ter também consciência do próprio corpo (Amorim, 2006).

Desta forma, a orientação e a mobilidade são de grande importância para a liberdade da pessoa com Deficiência Visual.

A imagem do corpo, bem como, a sua relação com o meio ambiente, são conceitos abstractos para os invisuais, porque eles não dispõem de referências visuais, uma vez que constroem o seu universo através de sensações tácteis. No entanto, a imagem corporal do cego pode ser trabalhada, pois segundo sugestão de Cratty e Sams (1986), com a “imagem manual”, de acordo com uma pesquisa que mostrou uma perfeita e positiva correlação entre a percepção e a habilidade manual, a criança percebe e diferencia os dedos das mãos, possibilitando o raciocínio, para o conhecimento de outras partes do corpo, partindo da percepção manual.

A representação do esquema do próprio corpo leva o indivíduo deficiente visual à construção perceptiva do espaço em que se encontra e no qual se deve orientar.

Segundo Lowenfeld (1964, cit. Júnior e Santos, 2001), a mobilidade engloba dois aspectos: orientação mental, envolvendo as capacidades cognitiva e perceptiva; e locomoção, envolvendo factores físicos. Ainda, de acordo com o mesmo autor, a orientação é a habilidade do indivíduo para reconhecer o ambiente que o cerca e o relacionamento espacial e temporal do ambiente em relação a ele próprio.

Sendo assim, de todos os sistemas perceptivos, a visão é seguramente aquela que mais investigação tem suscitado, pela sua importância incontestável (Botelho, 1998).

Actualmente, a percepção visual é não só um acto neurobiológico, como compreende um processo superior de organização da informação.

Frostig (1982) considera que através da percepção visual o indivíduo tem várias capacidades, como a capacidade de coordenar movimentos, perceber, reconhecer e diferenciar objectos, bem como capacidade de localização espacial e de relação do seu corpo com o meio.

Barraga (1985) entende que a percepção visual é uma habilidade que compreende, interpreta e utiliza a informação visual, ou seja, que possibilita compreender e processar toda a informação recebida através do sentido da visão. Isto implica que a informação que chega pelo olho deve ser recebida no cérebro, codificada e associada a outras informações.

Um indivíduo com Deficiência Visual tem possibilidades que necessitam de ser estimuladas, mobilizadas, para que a pessoa possa adquirir as habilidades necessárias possíveis. Assim, a pessoa invisual, apresentando necessidades que carecem ser estimuladas, tem condições de perceber ambientes e/ou espaços, sabendo-se que a percepção constitui um “processo com o qual o sistema nervoso central inicia o tratamento cognitivo envolvendo funções de pré-reconhecimento como a discriminação e a identificação, e de reconhecimento, como a análise e síntese” (Fonseca, 1987, p. 159).

No entanto, a pessoa que durante os primeiros anos de vida consegue ver, nunca perde a noção das cores, mesmo que viva cego a maior parte da sua vida, pois o conhecimento visual foi adquirido numa idade em que o cérebro recebeu tanta informação que essas imagens permanecem ao longo da vida (Maia, 1987).

Ochaita e Rosa (1995) distinguem três tipos de crianças com incapacidade visual: a criança cega congénita, que não dispõe da visão durante o período sensório-motor; o cego tardio, que conta com a experiência visual; e o cego de visão diminuída, que nunca teve a visão com nitidez da realidade que o rodeia.

De acordo com Monteiro (1999), conhecer o mundo perceptivo sem visão é muito mais difícil e lento do que com a visão, de modo que se requer uma utilização do resto dos sentidos de uma forma mais eficaz.

A percepção da criança com Deficiência Visual do mundo físico é um longo processo que se inicie na primeira infância e leva muito tempo para se completar, pois o contacto faz-se por meio dos sentidos, e a qualidade da sua capacidade perceptiva está directamente ligada à aquisição de habilidades motoras que permitem a interacção com o meio (Munster e Almeida, 2005).

Quanto à percepção da Imagem Corporal, como componente objectiva, esta caracteriza-se pela delimitação do tamanho das partes corporais. A racionalização do movimento corporal na pessoa cega dificulta o conhecimento da distância em relação a objectos ou tamanho do espaço. Segundo Fonseca (1999), isto ocorre porque o conhecimento do corpo é transformado em conhecimento do espaço, através da intuição e da conceitualização lógica, já que, para o autor, a organização espaço-temporal está integrada com a

motricidade, e, a relação com os objectivos que ocupam determinado espaço, dá-se a partir do próprio corpo.

Podemos concluir que, o conceito que a pessoa cega constrói de si própria, variará de acordo com as condições com que viveu e/ou vive, daí a importância do grau de estimulação que recebe desde o nascimento.

Relativamente a estudos da percepção da Imagem Corporal em indivíduos com Deficiência Visual, tema que estamos a investigar, podemos verificar após uma revisão cuidada, a escassez de estudos realizados, relacionando estas duas temáticas.

No entanto, salientamos um estudo desenvolvido por Bastos et al. (2005), com o objectivo de investigar a relação entre a percepção da Imagem Corporal, em indivíduos do sexo masculino com Deficiência Visual, em escalões etários distintos (adultos jovens e adultos), praticantes e não praticantes de Actividade Física. A amostra foi constituída por 16 indivíduos do sexo masculino (grandes amblíopes e cegos) dos quais 8 eram praticantes de actividade física e 8 não praticantes de actividade física. Para a Avaliação da Percepção da Imagem Corporal foi utilizado o questionário da Percepção da Imagem Corporal criado por Kreitler & Kreitler (1988), o *Body Size Estimation Method* (BSEM). As principais conclusões foram: i) a percepção da Imagem Corporal difere em indivíduos com Deficiência Visual praticantes e não praticantes, com melhor percepção por parte dos indivíduos praticantes em relação aos não praticantes, apesar das diferenças não serem significativas; e ii) a percepção da Imagem Corporal é pior nos indivíduos adultos do que nos adultos jovens, apesar das diferenças não serem significativas.

2.4. Estudos da Imagem Corporal em Populações Especiais

A temática da Imagem Corporal tem sido cada vez mais alvo de estudo, incluindo em populações especiais. Este capítulo refere-se, então, a vários estudos desenvolvidos nestas áreas.

Começamos por mencionar o estudo de Oliveira (2003), que investigou a percepção da imagem corporal e a coordenação motora, bem como, a relação entre estes dois factores em crianças sobredotadas e não sobredotadas do

sexo masculino (8-11 anos). O instrumento de avaliação utilizado foi o questionário da percepção da Imagem Corporal de Kreitler e Kreitler (1988) – *Body Size Estimation Method* (BSEM). As principais conclusões desta investigação mostram que a percepção da Imagem Corporal difere em crianças sobredotadas e não sobredotadas, em que as não sobredotadas apresentam melhores níveis de percepção da Imagem Corporal do que as crianças sobredotadas. Ao nível da percepção do comprimento da face não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. A autora refere que os resultados obtidos poderão estar relacionados com o interesse que as crianças manifestam em serem “grandes”, e com a importância que socialmente é atribuída ao ser adulto. Quanto às crianças sobredotadas, a autora considera que os resultados verificados podem dever-se ao facto destas procurarem incessantemente a excelência, e ao terem como modelos “génios” adultos, a ânsia de o serem é enorme.

Outra autora, Correia (2003), investigou a percepção, a satisfação com a Imagem Corporal e a auto-estima em idosos de ambos os sexos, obesos e não obesos, praticantes e não praticantes de actividade física. A amostra foi constituída por 65 indivíduos de ambos sexos (65-90 anos). A percepção da Imagem Corporal foi avaliada pelo BSEM, a satisfação com a Imagem Corporal foi avaliada através do *Body Questionnaire*. A autora, concluiu que os indivíduos do sexo masculino apresentavam níveis mais precisos de percepção corporal e níveis mais elevados de satisfação com a sua imagem corporal do que os indivíduos do sexo feminino. Apenas na percepção da Imagem Corporal se verificou associação desta com a prática de Actividade Física. Segundo Correia (2003), estes resultados podem reflectir o facto do sexo feminino sofrer uma grande pressão social para igualar o ideal de beleza estipulado, o que geralmente leva à distorção em relação à percepção do próprio corpo.

Alves (2003), também nesse mesmo ano estudou a percepção e a satisfação com a Imagem Corporal, mas em indivíduos esquizofrénicos, praticantes e não praticantes de actividade física. A amostra foi constituída por 114 indivíduos de ambos os sexos incluindo os seguintes grupos: não clínico, clínico residente e clínico ambulatório. A percepção da Imagem Corporal foi avaliada pelo método do *Somatotype Attitudinal Distances*. As conclusões evidenciaram que a percepção e a satisfação com a Imagem Corporal, no

esquizofrénico, tanto no sexo feminino como no masculino, apresentaram valores significativamente inferiores aos verificados em ambos os sexos na população não clínica. Quanto à idade não se verificaram diferenças significativas. Apenas nos indivíduos do sexo masculino se verificou que a prática de actividade física estava associada a níveis mais elevados de satisfação com a Imagem Corporal.

Também Rodrigues (2002b) procurou investigar a variabilidade da Imagem Corporal nas vertentes da percepção e da satisfação em função do sexo, idade e do tipo de prática. A amostra contemplou 40 indivíduos de ambos os sexos com deficiência mental ligeira (13-16 anos). A autora avaliou 10 medidas antropométricas, calculando o somatótipo real pelo método antropométrico de Heath-Carter. Os resultados do estudo evidenciam que a Imagem Corporal (percepção e satisfação), mostrou estar pouco associado a qualquer uma das variáveis independentes, pois apenas foram verificadas diferenças significativas, na comparação dos praticantes de actividade adaptada no escalão etário dos 15-16 anos em função do sexo. Apesar de não serem significativas, o grupo mais velho apresentou melhor percepção da Imagem Corporal.

No mesmo ano, Simões (2002), dedicou o seu estudo à relação entre a Imagem Corporal e a Actividade Física em indivíduos com toxicod dependência em fase de tratamento e indivíduos não toxicod dependentes.

A amostra foi constituída por 80 sujeitos, de ambos os sexos (20-40 anos). Para a avaliação da percepção da Imagem Corporal utilizaram o teste de Silhueta Corporal e os resultados revelaram, quanto aos índices de percepção da Imagem Corporal que estas não diferem significativamente, no que diz respeito ao sexo, à idade, à actividade física e ao índice de massa corporal.

Ainda em 2002, Festas (2002), também se dedicou ao estudo da relação da percepção e da satisfação com a Imagem Corporal, em idosos praticantes e não praticantes de Actividade Física. A sua amostra foi constituída por 113 idosos, de ambos os sexos. Para a avaliação da percepção da Imagem Corporal utilizaram o "*Body Size Estimation Method*", para a avaliação da satisfação com a imagem corporal utilizaram o "*Body Image Questionnaire*". Os resultados demonstraram que os índices de percepção da Imagem Corporal

não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, melhoram significativamente ao longo da idade e não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre praticantes e não praticantes de Actividade Física.

Em 1998, Melo investigou a percepção e a satisfação com Imagem Corporal, os níveis de coordenação motora e a associação entre estes dois aspectos. A amostra foi constituída por 239 crianças de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos. O instrumento utilizado para avaliar a percepção da Imagem Corporal foi o cálculo do somatótipo efectivo. O seu estudo evidenciou uma maior percepção e satisfação com a Imagem Corporal no escalão etário mais novo. As crianças do sexo feminino revelaram menor percepção e satisfação com a Imagem Corporal.

No estudo realizado por Kreitler (1988), em 240 indivíduos (4-30 anos), os autores verificaram que havia uma sobrestimação do tamanho das partes corporais e uma diminuição das diferenças entre o valor percebido e o valor real ao longo da idade. Os autores sugeriram como possível explicação para os resultados obtidos, que ao longo da idade a percepção do tamanho corporal tende a ser mais real, ou seja, o indivíduo conhece melhor o seu corpo ao longo dos anos. Os autores concluíram também de forma mais específica, que a face e o nariz foram as partes corporais com pior percepção.

Shontz (1969, cit. Fisher, 1986), realizou uma investigação interessante acerca da percepção do tamanho corporal, o qual focou essencialmente as diferenças de julgamento de tamanho do corpo e de objectos não pertencentes ao corpo. O autor verificou que as distâncias corporais são geralmente sobrestimadas enquanto as dos objectos são subestimadas; relativamente às partes corporais verificou que, a altura da cabeça e do antebraço são, na maioria das vezes sobrestimados, enquanto o comprimento das mão e do pé são subestimados. Verificou também, que as mulheres têm tendência para sobrestimar a largura da cintura. Quando comparados os sexos, verificou que as mulheres apresentam uma ligeira tendência para minimizar o tamanho das partes corporais relativamente aos homens.

Furlong (1977, cit Fisher, 1986) realizou um estudo, verificando que as mulheres idosas têm tendência para subestimar o seu tamanho, enquanto as mulheres de meia-idade tem uma tendência para sobrestimar. Concluiu na

análise dos seus estudos, que existe um enorme enviesamento nos julgamentos do tamanho corporal nas mulheres, uma vez que estes podiam ser influenciados pelo estatuto socio-económico ou o nível educacional. Os homens demonstraram ter uma maior estabilidade ao longo da idade relativamente à estimativa do tamanho corporal.

De acordo com alguns estudos realizados por Ruff e Barrios (1986), estes demonstraram que, os valores da percepção do tamanho corporal, comparando mulheres bulímicas e um grupo de controlo, as primeiras apresentam uma sobrestimação do tamanho das partes corporais. O mesmo se verificou relativamente a mulheres anorécticas, apresentando, num estudo realizado por Bruch (1962, cit. Fisher, 1986), uma sobrestimação do tamanho corporal.

3. Objectivos e Hipóteses

3.1. Objectivo Geral

- Comparar a percepção da Imagem Corporal em indivíduos com Deficiência Visual, em função da prática e do tipo de actividade física, do sexo e da idade.

3.2. Objectivos Específicos

- Comparar a percepção da Imagem Corporal entre praticantes (Goalball e Futsal para Cegos) e não praticantes.
- Comparar a percepção da Imagem Corporal entre praticantes de Goalball e praticantes de Futsal para cegos.
- Comparar nos indivíduos não praticantes, a percepção da Imagem Corporal entre o sexo masculino e o sexo feminino.
- Comparar a percepção da Imagem Corporal em função da idade, em cada grupo de prática.

3.2. Hipóteses

- **H1:** A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos invisuais praticantes.
- **H2:** A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos praticantes de Futsal para Cegos, em relação aos praticantes de Goalball.
- **H3:** A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos do sexo masculino em relação aos indivíduos do sexo feminino.
- **H4:** A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos mais velhos.

4. Metodologia

4.1. Amostra

A amostra é constituída por 42 indivíduos com Deficiência Visual (cegueira e grande ambliopia), sendo 22 praticantes (11 de Futsal para Cegos e 11 de Goalball), todos do sexo masculino e 20 não praticantes (10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos.

Foram determinados dois escalões etários, correspondendo o primeiro à classe Adulto Jovem 20-40 anos e o segundo à classe Meia-Idade 41-60 anos, escalões esses definidos por Gallahue e Ozmun (2005).

Relativamente aos indivíduos praticantes de Futsal para cegos, 4 pertencem ao clube Murtuenses de Lisboa, 5 ao Académico F.C do Porto, e 2 à ACAPO do Porto.

Quanto aos praticantes de Goalball, 5 pertencem ao clube das ACDR Caldelas, 5 aos Minhotos A e B, e, 1 à ACAPO do Porto.

Os indivíduos não praticantes são utentes do Centro de Reabilitação da Areosa pertencente à Santa Casa da Misericórdia do Porto. Este Centro foi seleccionado pelo facto de ser uma instituição do grande Porto, com um número considerável de indivíduos com Deficiência Visual e que oferece diferentes actividades sociais, culturais e de formação profissional. São também desenvolvidas aulas de Orientação e Mobilidade leccionadas por profissionais credenciados nesta área. O Centro de Reabilitação da Areosa não se dedica exclusivamente à área da Deficiência Visual, mas também dá apoio às populações com Deficiência Mental, Deficiência Motora e indivíduos com Dificuldades de Aprendizagem.

4.2. Instrumento para a Avaliação da Imagem Corporal

Neste estudo pretendemos avaliar a Percepção da Imagem Corporal em indivíduos com Deficiência Visual, comparando praticantes de *Goalball*, de Futsal para cegos e não praticantes. Para isso, seleccionamos o Questionário da Percepção da Imagem Corporal, criado por Kreitler e Kreitler (1988) – *Body Size Estimation Method* (BSEM) (Anexo I).

4.3. Procedimentos

4.3.1. Procedimentos de Aplicação

No mês de Fevereiro foi requerida a autorização ao Centro de Reabilitação da Areosa, pessoalmente e de modo formal por carta, para a realização do estudo com os utentes do centro.

Relativamente à aplicação do instrumento nas equipas de Goalball, a autorização foi cedida pelo Coordenador Nacional da modalidade e posteriormente pelos treinadores e atletas. Quanto à aplicação do instrumento às equipas de Futsal, a autorização foi cedida pelos respectivos treinadores e atletas.

Após resposta afirmativa iniciamos a aplicação do instrumento.

Tivemos o cuidado de utilizar os mesmos procedimentos com todos os indivíduos.

O nosso instrumento (BSEM) consiste em pergunta ao sujeito uma estimativa do comprimento e largura de partes corporais com a ajuda das suas mãos ou dedos. A proximidade ou o afastamento das suas mãos ou dedos delimitam o tamanho das várias estruturas, podendo ser mensuráveis. O objectivo é mostrar o tamanho das partes corporais percebidas.

Todas as estimativas foram efectuadas na posição de pé, com os olhos fechados.

Pelo facto de se exigir o fechar dos olhos por um longo período, podem ocorrer efeitos indesejáveis que influenciam as estimativas dos tamanhos corporais. Portanto, permite-se ao sujeito abrir os olhos entre as avaliações. Neste estudo em particular, pelo facto de se tratar de indivíduos invisuais, este problema não se coloca. Apenas pedimos para fechar os olhos aos indivíduos com grande ambliopia, embora estes apenas percepcionem sombras.

Para a estimativa da altura, o sujeito é instruído a levantar o seu braço preferido e mostrar a sua altura, que será definida pela distância que vai da palma da mão ao chão.

Para a estimativa da largura dos ombros, cintura e ancas o sujeito é instruído, com os cotovelos flectidos a 90 graus, afastar os antebraços e com as palmas das mãos mostrar o tamanho da largura dos mesmos.

Para a estimativa da mão e da face, com os cotovelos flectidos confortavelmente, fechar os dedos e com os indicadores esticados mostrar a distância com os dedos polegar e indicador.

A medição é feita imediatamente após a execução, com uma fita métrica, medindo a distância interna entre as pontas dos dedos ou entre as palmas das mãos.

Após as medições das estimativas percebidas, efectua-se a medição dos tamanhos reais, relativos às partes corporais anteriormente avaliadas.

Para a análise das diferenças percebidas e reais utilizamos o índice de percepção Corporal (IPC). Este foi calculado da seguinte forma: $IPC = (\text{tamanho percebido}/\text{tamanho real}) * 100$. Com este índice, qualquer valor igual a 100 corresponde a uma estimativa do tamanho correcta, valores acima de 100 correspondem a uma sobrestimação do tamanho e valores inferiores a 100 correspondem a uma subestimativa do tamanho (Ruff e Barrios, 1986).

Este instrumento já foi utilizado numa população com Deficiência Visual por Bastos et al. (2005). Pareceu, assim, mais conveniente a sua selecção, por ser indicado para a população em estudo, ser de fácil aplicação e mais económico.

A fiabilidade teste-reteste para a estimativa do tamanho foi aferida por Bane e McAuley (1998), com o intervalo de duas semanas, em 90 indivíduos, apresentando valores entre 0,93 a 0,97.

4.3.2. Procedimentos Estatísticos

Após a aplicação do instrumento, os dados foram tratados em computador através do software estatístico SPSS versão 14.0 para o Windows.

Para o cálculo dos vários parâmetros da estatística descritiva, recorreremos à medida de tendência central – média (\bar{x}), às medidas de dispersão – desvio-padrão (sd) e aos valores mínimo e máximo.

Para o cálculo da estatística inferencial utilizamos o teste de Mann-Whitney.

O nível de significância em todos os testes estatísticos foi de $p \leq 0.05$

5. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste ponto apresentamos os resultados obtidos do tratamento do questionário da Percepção da Imagem Corporal.

Após a apresentação dos quadros e procederemos à discussão dos mesmos.

Os resultados que seguidamente apresentamos no Quadro 2, referem-se à média, ao desvio-padrão, aos valores mínimo e máximo das medidas morfológicas reais de cada uma das partes corporais dos indivíduos praticantes.

Quadro 2 – Medidas morfológicas reais dos indivíduos praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.

	x	sd	Mínimo	Máximo
Altura (cm)	171,59	9,25	155,0	190,0
Boca (cm)	6,07	0,64	5,0	7,5
Ombros (cm)	43,93	4,22	35,5	58,0
Cintura (cm)	38,00	5,32	28,0	54,0
Ancas (cm)	39,78	5,75	31,0	61,0
Mãos (cm)	19,6	2,07	18,0	28,0
Face (cm)	20,16	1,82	17,5	25,5
Nariz (cm)	5,36	0,44	4,5	6,0
Orelha (cm)	6,52	0,57	5,0	7,5
Testa (cm)	6,84	0,88	5,0	9,0

Pela análise do Quadro 2, podemos verificar, apreciando cada item individualmente, que é ao nível da altura que os indivíduos praticantes apresentam maior dispersão ($sd=9,25$), em que a estatura varia de 155 a 190 cm.

O nariz foi a parte corporal em que observamos uma menor dispersão ($sd=0,44$), em que o seu tamanho varia entre 4,5 e 6,0 cm.

Seguidamente, no Quadro 3, apresentamos as médias, os desvios-padrão, os valores mínimos e máximos das medidas morfológicas reais de cada uma das partes corporais dos indivíduos praticantes.

Quadro 3 – Imagem Corporal Percepcionada dos indivíduos praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.

	x	sd	Mínimo	Máximo
Altura (cm)	168,91	9,18	142,0	180
Boca (cm)	6,05	1,16	3,5	9,0
Ombros (cm)	52,30	8,29	36,0	72,0
Cintura (cm)	37,09	6,57	26,0	57,0
Ancas (cm)	40,32	6,83	30,0	60,0
Mãos (cm)	18,05	3,31	13,5	26,0
Face (cm)	6,34	3,26	15,0	27,0
Nariz (cm)	5,39	1,03	3,5	8,0
Orelha (cm)	6,21	1,24	3,5	9,0
Testa (cm)	6,34	1,13	4,5	9,0

Pela análise do Quadro 3, podemos verificar, apreciando cada item individualmente, que é ao nível da altura que os indivíduos praticantes apresentam maior dispersão ($sd=9,18$). O nariz foi a parte corporal em que observamos uma menor dispersão ($sd=1,03$).

Os resultados que seguidamente apresentamos são referentes aos indivíduos não praticantes. Assim, o Quadro 4 apresenta as médias, desvios-padrão, os valores mínimos e máximos das medidas morfológicas reais de cada uma das partes corporais dos indivíduos não praticantes.

Quadro 4 – Medidas morfológicas reais dos indivíduos não praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.

	x	sd	Mínimo	Máximo
Altura (cm)	166,22	8,63	150,0	179,0
Boca (cm)	6,07	0,64	4,5	7,0
Ombros (cm)	42,00	4,37	35,0	50,0
Cintura (cm)	37,06	5,01	27,0	46,0
Ancas (cm)	41,63	4,17	35,5	53,0
Mãos (cm)	18,40	0,95	16,5	20,5
Face (cm)	18,65	0,99	17,0	21,0
Nariz (cm)	5,48	0,38	4,5	6,0
Orelha (cm)	6,60	0,58	5,5	7,5
Testa (cm)	6,68	0,77	5,0	8,0

Analisando este Quadro e considerando individualmente cada item das partes corporais verificamos que, em termos médios, se obtiveram valores superiores na altura ($166,22 \pm 8,63$) e valores inferiores no comprimento do nariz ($5,65 \pm 0,38$).

No que respeita à dispersão dos valores em relação à média obtidos em cada uma das partes corporais estudadas, foi na altura que se conferiu uma maior dispersão ($sd=8,63$). A dispersão inferior verificou-se ao nível do comprimento do nariz ($sd=0,38$).

No Quadro 5, apresentamos as estimativas das dimensões das diferentes partes corporais realizadas pelos indivíduos não praticantes.

Quadro 5 – Imagem Corporal Percepcionada dos indivíduos não praticantes. Média (x), desvio-padrão (sd), valores mínimo e máximo.

	x	sd	Mínimo	Máximo
Altura (cm)	161,05	8,62	141,0	178,0
Boca (cm)	5,30	0,79	4,0	7,0
Ombros (cm)	46,75	7,81	25,0	62,0
Cintura (cm)	37,75	5,64	29,5	48,0
Ancas (cm)	43,58	6,22	27,0	56,0
Mãos (cm)	15,98	2,91	10,0	22,0
Face (cm)	18,30	2,26	14,5	22,0
Nariz (cm)	4,95	0,76	2,5	6,5
Orelha (cm)	5,83	1,13	4,0	8,0
Testa (cm)	6,16	1,53	3,5	10,5

Pela análise do Quadro 5 e considerando particularmente cada item das partes corporais, verificamos que os indivíduos não praticantes, ao nível da altura, obtiveram uma maior dispersão em relação à média dos valores percepcionados ($sd=8,62$). No comprimento do nariz observamos uma menor dispersão.

Seguidamente apresentamos os valores dos Índices de Percepção Corporal, que traduzem a análise das diferenças percepcionadas e reais ($IPC = (\text{tamanho percebido} / \text{tamanho real}) \times 100$) de cada uma das partes corporais que foram alvo de estudo.

Quadro 6 – Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes e não praticantes de actividade física regular. Média, Desvio-Padrão, valores de Mean Rank, de z e p.

	Praticantes	Não Praticantes	z	p
IPC Altura	98,50±3,99 (22,91)	96,99±4,93 (19,95)	- 0,78	0,44
IPC Boca	99,57±15,86 (26,00)	91,35±17,33 (16,55)	- 2,51	0,012
IPC Ombros	119,39±17,64 (24,07)	112,4±23,21 (18,67)	- 1,42	0,16
IPC Cintura	97,95±13,28 (20,32)	103,07±18,86 (22,80)	- 0,66	0,51
IPC Ancas	101,52±10,88 (19,59)	104,59±10,63 (23,60)	- 1,06	0,29
IPC Mãos	92,69±17,07 (23,43)	86,82±14,85 (19,38)	- 1,07	0,28
IPC Face	102,09±18,83 (22,66)	98,35±12,84 (20,23)	- 0,64	0,52
IPC Nariz	100,39±16,86 (24,77)	90,25±11,58 (17,90)	- 1,84	0,067
IPC Orelha	94,65±14,55 (24,36)	88,27±16,01 (18,35)	- 1,60	0,11
IPC Testa	92,66±10,62 (23,09)	91,88±19,49 (19,75)	- 0,89	0,374
IPC Médio	99,94±13,96 (23,12)	96,397±14,97 (19,72)	-1,25	0,27

Na análise dos resultados relativos ao IPC dos indivíduos praticantes e não praticantes, apenas se verificaram diferenças significativas nos valores de percepção para o item Boca ($p=0,012$).

Observando o Quadro acima descrito constatamos que para os praticantes a parte corporal mais subestimada foi a testa, enquanto que para os não praticantes foi o nariz (ambas medidas pertencentes à cabeça).

Para ambos os grupos, verifica-se uma sobrestimação da medida dos ombros.

A parte corporal que apresenta maior diferença entre praticantes e os não praticantes é o nariz ($100,39\pm 16,86$ e $90,25\pm 11,58$ respectivamente) em que nos praticantes apresentam uma percepção bastante precisa e os não praticantes sobestimam o seu tamanho.

Podemos também apurar que, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, os praticantes apresentam, no geral, resultados mais precisos ($99,94\pm 13,96$) do que os não praticantes. Ambos os grupos apresentam valores de IPC médio inferior a 100, ou seja, com subestimação do tamanho corporal real.

Os resultados apresentados anteriormente são facilmente perceptíveis na Figura 1, abaixo exposta.

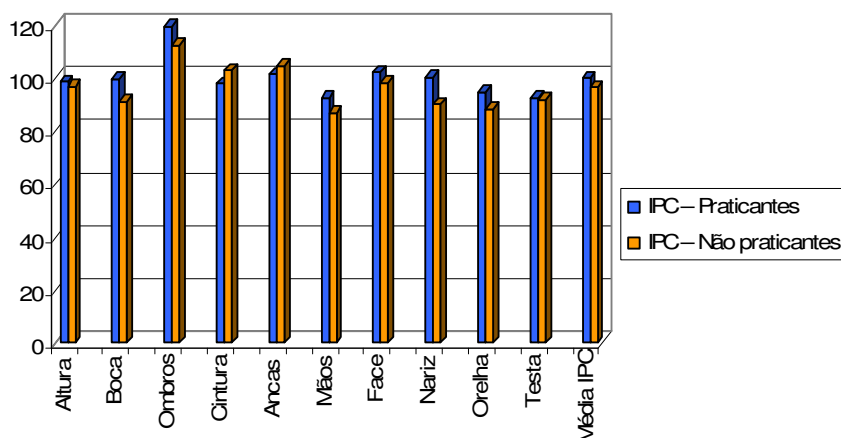


Figura 1 – Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes e não praticantes de actividade física regular, para as várias partes do corpo.

No Quadro 7, apresentamos a média de percepção das partes corporais segundo o tipo de prática desportiva.

Quadro 7 – Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes de Goalball e de Futsal para cegos. Média, Desvio-Padrão, valores de Mean Rank, de z e p.

	Praticantes de Goalball	Praticantes de Futsal para cegos	z	p
IPC Altura	98,86±3,05 (11,91)	98,15±4,89 (11,09)	- 0,424	0,77
IPC Boca	97,95±19,22 (11,05)	101,19±12,36 (11,95)	- 0,33	0,75
IPC Ombros	119,13±13,81 (12,27)	119,46±21,51 (10,73)	- 0,56	0,61
IPC Cintura	95,44±7,96 (10,77)	100,45±17,12 (12,23)	- 0,53	0,61
IPC Ancas	97,63±11,51 (9,64)	105,42±9,10 (13,36)	- 1,35	0,19
IPC Mãos	87,15±10,56 (9,14)	98,22±20,81 (13,86)	- 1,71	0,09
IPC Face	104,01±18,43 (12,55)	100,16±19,92 (10,45)	- 0,76	0,47
IPC Nariz	101,13±19,07 (11,41)	99,64±15,22 (11,59)	- 0,07	0,95
IPC Orelha	94,11±12,49 (11,18)	95,18±16,96 (11,82)	- 0,23	0,85
IPC Testa	93,28±5,07 (11,05)	92,05±14,50 (11,95)	- 0,33	0,75
IPC Médio	98,87±12,12 (12,10)	100,99±15,24 (11,90)	-0,6294	0,60

Em relação ao IPC em função do tipo de prática de actividade física, não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No entanto, através da análise dos resultados verificamos que o valor médio do IPC foi de (98,87±12,12) para os praticantes de Goalball e de (100,99±15,24) para os praticantes de Futsal para Cegos. Assim, estes parecem apresentar uma

tendência para resultados mais precisos (aproximam-se mais do valor de percepção 100).

Em ambos os grupos, o valor mais subestimado foi a testa e o valor mais sobrestimado foi a dos ombros.

A parte corporal que apresenta uma maior diferença entre os praticantes de Goalball e de Futsal para Cegos é o valor das mãos ($87,15 \pm 10,56$ e $98,22 \pm 20,81$ respectivamente), ambos valores subestimados. Com menor diferença entre os grupos verifica-se o índice de percepção do nariz ($101,13 \pm 19,07$ para o Goalball e $99,64 \pm 15,22$ para o Futsal para Cegos), sendo também este o item que mais se aproxima de 100, ou seja, que tem uma estimativa mais correcta de percepção.

Os resultados apresentados anteriormente são facilmente observados na Figura 2, verificando-se uma maior sobrestimação em ambos os grupos do valor de percepção dos ombros.

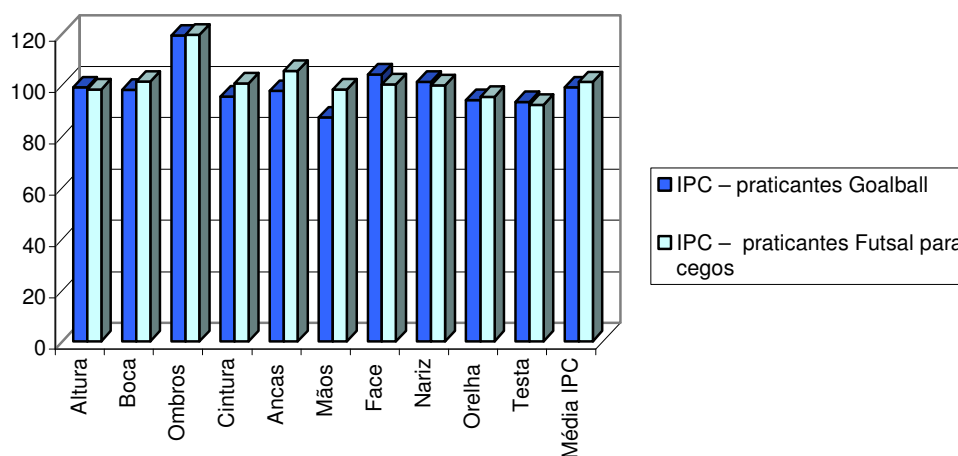


Figura 2 – Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes de Goalball e de Futsal para Cegos, para as várias partes do corpo.

Seguidamente, no Quadro 8, apresentamos a média da percepção das partes corporais em função do sexo, nos indivíduos não praticantes.

Quadro 8 – Índices de Percepção Corporal (IPC) dos indivíduos não praticantes masculinos e femininos. Desvio-Padrão, valores de Mean Rank, de z e p.

	Masculino	Feminino	z	p
IPC Altura	95,01±5,93 (8,00)	98,98±2,73 (13,00)	- 1,89	0,06
IPC Boca	87,09±8,96 (9,70)	95,62±22,66 (11,30)	- 0,61	0,54
IPC Ombros	102,78±21,01 (8,50)	121,06±23,02 (12,50)	- 1,51	0,13
IPC Cintura	93,85±7,94 (7,50)	112,29±22,34 (13,50)	- 2,27	0,023
IPC Ancas	106,62±10,03 (11,20)	102,56±11,35 (9,80)	- 0,53	0,63
IPC Mãos	88,66±13,45 (11,30)	84,98±16,64 (9,70)	- 0,61	0,58
IPC Face	94,59±12,92 (8,85)	102,11±12,24 (12,15)	- 1,25	0,22
IPC Nariz	89,62±15,67 (11,40)	90,89±6,07 (9,60)	- 0,70	0,53
IPC Orelha	90,86±12,35 (12,45)	85,67±19,32 (8,55)	- 1,48	0,14
IPC Testa	91,50±12,45 (12,30)	92,25±25,43 (8,70)	- 1,37	0,19
IPC Médio	94,06±12,07	98,64±16,18	-1,222	0,30

Relativamente ao IPC em função do sexo, apenas verificamos diferenças significativas nos valores de percepção do item cintura ($p=0,023$). E, através da análise do quadro, podemos constatar que nesse mesmo item, os indivíduos do sexo masculino subestimam esta parte corporal ($IPC=93,85\pm7,94$) e os indivíduos do sexo feminino a sobrestimam ($IPC=112,29\pm22,34$).

No sexo masculino o valor de percepção mais subestimado refere-se à medida da boca ($87,09\pm8,96$) e no sexo feminino a medida das mãos ($84,98\pm16,64$).

Quanto ao valor de percepção mais sobrestimado pelos indivíduos do sexo masculino foi a medida das ancas, e no sexo feminino foi a medida dos ombros, voltando-se a repetir a sobrestimação desta parte corporal.

Em relação ao IPC médio, podemos averiguar uma percepção menos desfasada, relativamente às medidas reais, do sexo feminino ($98,64\pm16,18$), apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas.

De forma a perceber melhor os resultados acima descritos, segue-se o Figura 3, continuando-se a verificar uma maior sobrestimação do valor de percepção dos ombros, mas apenas no sexo feminino.

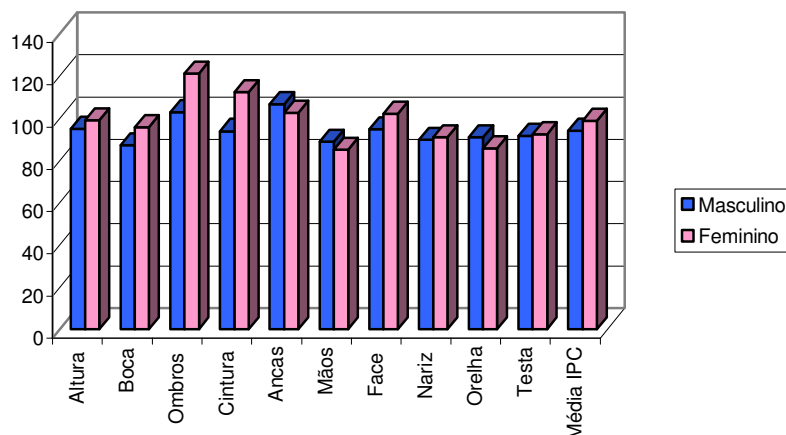


Figura 3 – Índices de Percepção Corporal (IPC) em função do sexo nos indivíduos não praticantes, para as várias partes do corpo.

O Quadro 9, a seguir, refere-se aos valores de Percepção da Imagem Corporal, em função dos escalões etários.

Para a determinação dos escalões etários, decidimos estabelecer dois intervalos de idade, correspondendo o primeiro à classe Adulto jovem [20-40] anos e o segundo à classe Meia-Idade [41-60] anos, escalões esses definidos por Gallahue e Ozmun (2005), tal como já foi referido anteriormente.

Quadro 9 – Índices de Percepção Corporal (IPC) em função dos escalões etários Adulto jovem e Meia-Idade. Média, Desvio-Padrão, valores de Mean Rank, de z e p.

	Adulto Jovem 20-40 anos	Meia-Idade 41-60 anos	z	p
IPC Altura	97,88±3,78 (20,95)	97,71±5,06 (21,96)	- 0,27	0,79
IPC Boca	101,62±19,24 (25,16)	90,73±13,13 (18,48)	- 1,77	0,08
IPC Ombros	115,56±17,40 (21,39)	116,40±23,17 (21,59)	- 0,05	0,96
IPC Cintura	107,82±18,73 (26,66)	94,24±10,67 (17,24)	- 2,48	0,013
IPC Ancas	103,46±11,24 (22,42)	102,60±10,56 (20,74)	- 0,44	0,66
IPC Mãos	95,13±16,44 (25,18)	85,57±14,86 (18,46)	- 1,77	0,08
IPC Face	106,45±16,89 (25,82)	95,23±13,95 (17,93)	- 2,07	0,038
IPC Nariz	97,74±14,92 (22,84)	93,76±15,70 (20,39)	- 0,65	0,51
IPC Orelha	91,84±13,51 (22,61)	91,42±17,13 (20,59)	- 0,53	0,60
IPC Testa	94,46±18,38 (21,92)	90,48±12,34 (21,15)	- 0,20	0,84
IPC Médio	101,20±15,05	95,81±13,66	-1,02	0,46

Quanto à análise dos resultados do Quadro acima apresentado, verificamos que quando se comparam os dois grupos de idade, existem

diferenças estatisticamente significativas nos valores de percepção para dois itens: cintura ($p=0,013$) e face ($p=0,038$).

Com a observação dos resultados constatamos que, nos dois grupos etários, a parte corporal mais subestimada para ambos os grupos foi a cabeça (orelha nos adultos jovens e testa nos indivíduos de meia-idade).

A parte corporal que apresenta maior diferença entre os Adultos Jovens e os indivíduos de Meia-Idade foi a cintura ($107,82\pm 18,73$ e $94,24\pm 10,67$ respectivamente) e a menor diferença foi a testa ($91,84\pm 13,51$ e $91,42\pm 17,13$ respectivamente).

No que diz respeito aos valores médios de IPC, apenas em função do escalão etário, o quadro 9, demonstra que o grupo mais novo (jovem adulto) apresenta valores mais precisos de percepção.

A Figura 4, evidencia de forma mais clara os resultados analisados anteriormente. Continua perceptível a sobrestimação do valor de percepção dos ombros.

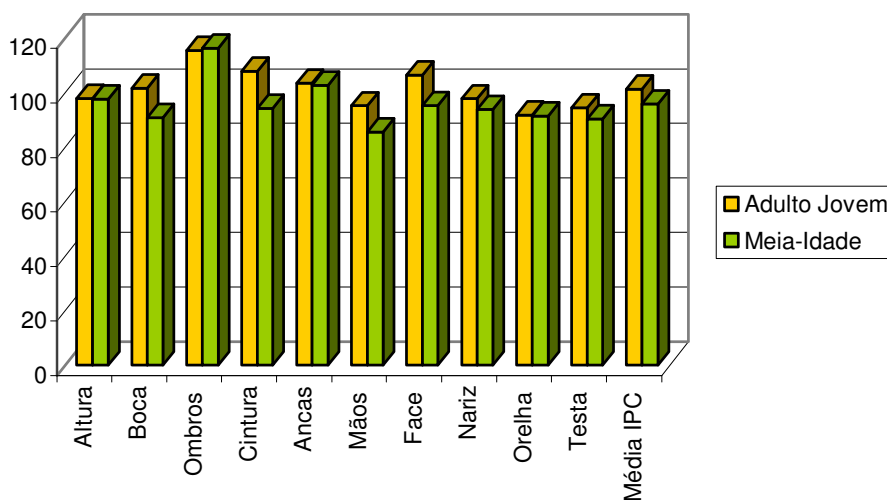


Figura 4 – Índices de Percepção Corporal (IPC) em função do escalão etário, para as várias partes do corpo.

Consideramos que seria interessante verificar se existem diferenças, ainda em função do escalão etário, mas em específico no grupo de praticantes e no grupo de não praticantes.

Quadro 10 – Índices de Percepção Corporal (IPC) dos praticantes e não praticantes, em função dos escalões etários Adulto jovem e Meia-Idade. Média, Desvio-Padrão, valores de Mean Rank, de z e p.

	Praticantes				Não Praticantes			
	Adulto Jovem	Meia-Idade	z	p	Adulto Jovem	Meia-Idade	z	p
IPC Altura	98,15±4,33 (11,22)	99,02±3,65 (12,22)	-0,43	0,66	97,29±2,44 (9,67)	96,86±5,76 (10,86)	-0,41	0,68
IPC Boca	103,46±13,71 (12,92)	93,95±17,83 (9,44)	-1,25	0,21	97,64±29,22 (10,25)	88,66±9,19 (10,61)	-0,13	0,90
IPC Ombros	107,92±17,75 (11,19)	120,23±18,51 (11,94)	-0,27	0,79	108,88±16,00 (9,00)	113,93±26,09 (11,14)	-0,74	0,46
IPC Cintura	104,08±12,17 (14,88)	89,09±9,53 (6,61)	-2,94	0,003	115,93±28,13 (12,50)	97,56±10,32 (9,64)	-0,99	0,32
IPC Ancas	104,04±10,83 (12,92)	97,89±10,48 (9,44)	-1,24	0,22	102,20±13,05 (9,83)	105,62±9,79 (10,79)	-0,33	0,74
IPC Mãos	96,81±19,33 (13,15)	86,74±11,72 (9,11)	-1,44	0,15	91,51±7,27 (11,83)	84,81±16,95 (9,93)	-0,66	0,51
IPC Face	109,19±18,41 (14,08)	91,82±14,90 (7,78)	-2,24	0,03	100,50±12,34 (11,17)	97,42±13,39 (10,21)	-0,33	0,74
IPC Nariz	99,50±17,72 (11,15)	101,67±16,48 (12,00)	-0,31	0,76	93,94±4,69 (11,83)	88,68±13,37 (9,93)	-0,68	0,50
IPC Orelha	91,11±13,42 (10,23)	99,75±15,36 (13,33)	-1,11	0,27	93,42±14,85 (13,25)	86,06±16,50 (9,32)	-1,36	0,17
IPC Testa	92,05±9,60 (11,12)	93,56±12,49 (12,06)	-0,34	0,74	99,74±30,75 (11,25)	88,51±12,28 (10,18)	-0,37	0,71
IPC Médio	100,63±13,73	97,37±13,10	-1,16	0,38	100,11±15,87	94,81±13,36	-0,60	0,57

Pelo Quadro 10, podemos então verificar uma tendência para os indivíduos do escalão etário “Meia-Idade”, quer em praticantes quer em não praticantes de actividade física regular, subestimar as partes corporais, com IPC médio de 97,37±13,10 para os praticantes e 94,81±13,36 para os não praticantes.

Os indivíduos pertencentes ao escalão etário “Jovens Adultos” apresentam valores mais precisos de percepção da Imagem Corporal, não se verificando diferenças em termos médios de IPC quer em praticantes, quer em não praticantes.

Apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas, dentro do grupo praticantes, relativamente aos valores de percepção para os itens cintura ($p=0,003$) e face ($p=0,03$).

A parte corporal mais sobrestimada foram os ombros, com excepção do grupo não praticantes com idades compreendidas entre 20 e 40 anos (Jovens adultos), que apresentaram a cintura como a parte corporal mais sobrestimada.

A parte corporal que apresenta uma maior diferença entre os grupos é o valor da cintura, quer nos praticantes, quer nos não praticantes de actividade física regular.

Para os praticantes, com menor diferença entre os grupos (adulto jovem e meia-idade) verifica-se para o índice de percepção dos ombros ($107,92 \pm 17,75$ e $120,23 \pm 18,51$ respectivamente), uma sobrestimação dos valores. Quanto aos não praticantes, podemos verificar que o item que apresenta menor diferença entre os grupos é a boca ($97,64 \pm 29,22$ e $88,66 \pm 9,19$), com subestimação dos valores.

Discussão:

Os resultados serão seguidamente discutidos, segundo a sequência das hipóteses determinadas no capítulo anterior. Começamos por referir que na maioria dos resultados obtidos no nosso estudo, as diferenças encontradas não se revestiram de significado estatístico. No entanto, atendendo à tendência verificada, pensamos que numa amostra mais alargada, as mesmas poderiam assumir relevância estatística.

Relativamente à nossa primeira hipótese formulada: a percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos invisuais praticantes, podemos constatar que esta apenas se confirmou na parte corporal Boca ($p=0,012$). Esta constatação poderá dever-se ao facto dos indivíduos com Deficiência Visual para terem êxito neste tipo de modalidades (colectivas), necessitem estar sempre em comunicação, utilizando a “boca” para o efeito, podendo pela sua maior actividade, tocar mais na sua face, e assim ter uma percepção mais apurada das suas dimensões. Quanto às restantes partes corporais não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, embora haja uma

tendência para os praticantes apresentarem valores mais precisos de percepção da Imagem Corporal.

Kreitler (1970, cit Correia, 1998) nos seus estudos, tinha verificado que o simples movimento permitia uma melhor percepção da Imagem Corporal. No entanto no nosso estudo tal não se verificou. Os nossos resultados foram corroborados por Festas (2002), que no seu estudo não encontrou alterações entre o grupo praticante e o grupo não praticante de actividade física regular, mesmo não se tratando de um estudo com indivíduos invisuais, pensamos que a analogia seria importante. Também Bastos et al. (2005), nos seus resultados verificaram uma tendência para os praticantes apresentarem melhores valores de precisão, no entanto sem diferenças estatisticamente significativas comparando com os não praticantes. Pensamos que tal se possa dever ao facto de amostra ser reduzida, dado que a tendência para melhores índices de percepção existe, não assumindo por isso relevância estatística.

Quanto à segunda hipótese: a percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos praticantes de Futsal para Cegos, em relação aos praticantes de Goalball. Também podemos verificar que esta não foi confirmada, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas. Apesar de não termos nenhum estudo que nos ajude a sustentar esta hipótese, pelas características inerentes a ambas as modalidades, pensamos que os praticantes de Futsal apresentassem melhor percepção da Imagem Corporal, dado que esta modalidade pressupõe uma melhor orientação espacial, e pelo contacto físico inerente às modalidades invasivas, subentendia-se também um melhor conhecimento das várias partes corporais, no entanto não se verificou. Pensamos que as razões que possam estar na origem destes resultados se possam dever ao facto da amostra não ser muito expressiva, bem como pela escassez de treinos semanais e mensais que em ambas as modalidades praticam, não havendo tempo de exercitação suficiente para implicarem resultados melhores de percepção.

Na nossa terceira hipótese: A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos do sexo masculino em relação aos indivíduos do sexo feminino. Esta hipótese apenas se confirmou quanto ao IPC da cintura, em que

se verificou uma sobrestimação desta parte corporal pelos indivíduos do sexo feminino ($p=0,023$), indo ao encontro dos resultados averiguados por Shontz (1969, cit. Fisher, 1986). Também Festas (2002) no seu estudo verificou uma tendência para o sexo feminino sobrestimar a largura da cintura. De acordo com os resultados obtidos Correia (2003) e Melo (1998) nos seus estudos, estes resultados são também corroborados, em que o primeiro referia que os resultados poderiam reflectir o facto do sexo feminino sofrer pressão social, devido aos ideais de beleza estipulados, levando a uma distorção do próprio corpo. No entanto estes estudos não foram realizados com uma população com Deficiência Visual.

Pensamos que seja importante realçar, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, que existe uma tendência no nosso estudo, para o sexo feminino apresentar melhor precisão da percepção da Imagem Corporal, dado que o IPC médio se aproxima muito mais do valor 100, que o IPC médio do sexo masculino. Esta propensão poderá dever-se ao facto da mulher, de uma forma geral, ser mais curiosa com o corpo, bem como pelo facto de não ver e conseqüentemente não se ver, ter maior curiosidade em explorar o seu corpo de modo a conhecê-lo melhor, adquirindo assim, uma melhor percepção das partes do seu corpo.

No que se refere à nossa quarta hipótese, em que supusemos que a percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos mais velhos, relativamente aos mais novos, podemos averiguar que esta se confirmou, mas apenas para a Cintura e para a Face ($p=0,003$ e $p=0,03$ respectivamente).

Festas (2002) constatou que os índices de percepção da Imagem Corporal melhoram significativamente ao longo da idade. Da mesma ideia partilha Kreitler e Kreitler (1988) que nos seus estudos constatou que ao longo da idade, as diferenças entre o valor percepcionado e real diminuía, sugerindo para isso, que ao longo da idade o indivíduo conhece melhor o seu corpo. No entanto, no nosso trabalho esta ideia não se verifica, uma vez que nas restantes partes corporais não se verificam diferenças estatisticamente significativas. No estudo desenvolvido por Bastos et al. (2005), as autoras também evidenciaram que os adultos Jovens apresentavam uma melhor precisão da Imagem Corporal.

Ainda relacionado com os escalões etários, comparando praticantes e não praticantes, podemos também constatar que apresentam significado estatístico, mais uma vez, as partes corporais Face ($p=0,003$) e a Cintura ($p=0,03$), em que os indivíduos pertencentes ao escalão etário “Adulto Jovem” apresentam uma tendência para sobrestimar as partes corporais e o escalão etário “Meia-Idade” subestimar.

De uma forma geral, consideramos importante salientar que, em relação às partes corporais, em todas as comparações que realizamos foi evidente a sobrestimação da largura dos ombros em todos os grupos. Pensamos que esta situação se verifique pelo facto de ser para a maioria das pessoas, o segmento corporal mais largo havendo, deste modo, uma tendência para sobre dimensioná-lo.

6. Conclusões e Sugestões

Este capítulo será dedicado às conclusões do nosso trabalho, e, de acordo com os objectivos iniciais, iremos proceder à verificação das hipóteses formuladas, tendo em atenção os resultados obtidos.

Hipótese 1: A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos invisuais praticantes.

A primeira hipótese apenas foi confirmada para a parte corporal boca ($p=0,003$). Nas restantes partes, apesar de se verificar uma tendência para os indivíduos praticantes apresentarem uma Imagem Corporal mais precisa, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Hipótese 2: A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos praticantes de Futsal para Cegos, em relação aos praticantes de Goalball.

A segunda hipótese não foi confirmada, pois não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, apresentando ambos os grupos de praticantes, um valor de IPC médio muito próximo de 100.

Hipótese 3: A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos do sexo masculino em relação aos indivíduos do sexo feminino.

A terceira hipótese apenas foi confirmada para a parte corporal cintura ($p=0,023$). Nas restantes partes, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Hipótese 4: A percepção da Imagem Corporal é mais precisa nos indivíduos mais velhos.

A quarta hipótese apenas foi confirmada para as partes corporais cintura ($p=0,013$) e boca ($p=0,038$). Nas restantes partes, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo mais novo (Adulto Jovem) e o mais velho (Meia-Idade).

Após a conclusão deste trabalho e a experiência que este nos proporcionou, algumas questões se poderão colocar, e de modo a perspectivar orientações futura, consideramos importante realizar algumas sugestões para a elaboração de futuros estudos que relacionem a percepção da Imagem Corporal, a Deficiência Visual e a prática regular de actividade física:

- Realizar a investigação com uma amostra mais expressiva, de modo a que os resultados possam ser representativos da população, bem como uma amostra mais significativa relativamente ao sexo feminino;
- Investigar como evolui a percepção da Imagem Corporal, bem como procurar abranger mais escalões etários (crianças e adolescentes), realizando para o efeito, um estudo de tipo longitudinal;
- Investigar a percepção da Imagem Corporal em indivíduos invisuais, procurando mais modalidades próprias para esta população, comparando-as, e podendo subdividi-las em modalidades individuais e colectivas.
- Comparar a percepção da Imagem Corporal em pessoas com Deficiência Visual e normovisuais, comparando quer praticantes, quer não praticantes de actividade física regular.

7. Bibliografia

Abrantes, H. (1998). *Satisfação com a Imagem Corporal, Auto-Estima e Actividade Física – Estudo comparativo em indivíduos de ambos os sexos, dos 45 aos 65 anos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e Desporto de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Alegre, M. (2006). A Deficiência Visual – Núcleo de Apoio à Deficiência Visual. Consult. 10 Dez. 2006, disponível em <http://www.drec.min-edu.pt/nadv/index.html>

Alves, A. M. S. (2003). *Esquizofrenia, Imagem Corporal e Actividade Física. Estudo da percepção e da satisfação com a imagem corporal em indivíduos esquizofrénicos, praticantes e não praticantes de actividade física*. Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de ciências do Desporto e de Educação Física. Porto.

Amorim, M.(2006). *Construção e Adaptação de um Teste de Atenção para indivíduos com Deficiência Visual: Estudo Baseado no Teste de Atenção de Bams*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.

Auxter, D.; Pyfer, J.; Huetting, C. (1997). *Visual Impairment*. Principles and Methods os Adapted Physical Education and Recreation, pp. 433-440.

Bane, S.; McAuley, E. (1998). *Body Image and Exercise. Advances in Sport and Exercise Psychological Measurement*. Human Kinetics.

Barraga (1985). *Disminuidos Visuales y Aprendizaje*. In Organização dos Cegos de Espanha/ONCE. Madrid.

Barraga, N. (1974). *Utilization of sensoty-perceptual abilities, in the visually handicapped child in school*. Ed. Berthold Lowenfeld. London. *Constable*, pp. 117-154.

Bastos, T.; Carvalho, S.; Cunha, M. (2005). *Estudo Comparativo da Percepção da Imagem Corporal em indivíduos do sexo masculino com Deficiência Visual, em função da prática de Actividade Física e da Idade*. VI Congresso Brasileiro de Actividade Motora Adaptada (CBAMA). Rio Claro.

Batista, C. M. F. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e auto – estima: estudo comparativo de adolescentes envolvidos em diferentes níveis de actividade física*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e Desporto de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Becker B. (1999). *El cuerpo y su implicância en el área emocional*. Buenos Aires. Consult. 18 Jan. 2007, disponível em <http://www.efdeportes.com/efd13/bennoe.htm>.

Botelho, M. (1998). *A Actividade gímnica e os factores de eficácia no processamento da informação visual*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Internacional Blind Sport Association (2006). *Goalball Rules of the game 2006-2010, including Tournament Regulations and Referee's Programme*. Consult. 27 Nov. 2006, disponível em www.ibsa.es/esp/deportes/goalball/reglamento.htm.

Carvalho, M. M. S. (2002). *A influência do cão-guia nas mudanças de comportamento social e no auto-conceito do cego*. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências e Desporto de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Cash, T. F. & Brown, T. A. (1989). *Gender and body images: stereotypes and realities*. *Sex Roles*, 21: 361 – 373.

Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*. London: The Guilford Press.

Collins, J. K. (1981). Self-Recognition of the body and its parts during late adolescent. *Journal of youth and adolescence*, 3(10), pp. 243-254.

Correia, J. (2003). *Percepção, Satisfação, com a Imagem Corporal e auto-estima: estudo comparativo em idosos de ambos os sexos, praticantes de actividade física*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.

CPB (2005). *Comité Paraolímpico: Futebol de 5*. Consult. 28 Fev. 2007, disponível em <http://www.cpb.org.br/modalidades/integra.aps?modal=futebol5>

Fisher, S. (1990). *The evolution of psychological concepts about the body*. Em T. F. Cash & T. Pruzinsky (Ed.), *Body images. Development, deviance and change*. London: The Guildford Press.

Cratty, B.; Sams, T. (1986). *The Body image of blind children*. The American Foundation for the blind. New York.

Dias, M. (1995). *Ver, Não Ver e Conviver*. Lisboa: Secretário Nacional de Reabilitação, pp. 21-29.

Festas, C. (2002). *A Imagem Corporal e o Equilíbrio no Idoso. Comparação entre praticantes e não praticantes de actividade física*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image*. New Jersey: Hillsdale.

Fonseca, V. (1999). *Perturbações do desenvolvimento e da Aprendizagem: Tendências Filogenéticas e Ontogenéticas*. Lisboa: Educação Especial e Reabilitação. UTL/FMH.

Fonseca (1987). *Problemas de Aprendizagem*. Rio de Janeiro: Editora Icobé.

Freitas, N. (2000). *Objectivos de realização e crenças sobre a competência desportiva: um estudo com atletas com deficiências visuais*. Dissertação de

Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e Desporto de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Frostig (1982). *Figuras y Formas. Programa para el desarrollo de la percepción visual*. Buenos Aires. Panamericana.

Gallahue, D. e Ozmun, J. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor*. São Paulo.

Garcia, R. (1999). Da desportivização à somatização da sociedade. Em J.O. Bento, R. Garcia & A. Marques (Ed.), *Contextos da pedagogia do desporto*. Livros Horizonte, pp. 113-164.

Garcia, T. (1989). Metamorfose do corpo ou um estudo sobre a Imagem Corporal. *Horizonte*, 6(34), pp. 127-131.

Gregory, R. L. (1968). *A Psicologia da Visão, o olho e o cérebro*. Editorial Inova. Porto.

Hoffmann, S.; Rodrigues, N. (2000). *A diversidade do estilo de arremesso no Goalball*. Trabalho apresentado no 8º Congresso de Educação Física dos Países de Língua Portuguesa. FMH. Lisboa.

Hugonnier-Clayette, S.; Magnard, P.; Madignier-Bourron, M. ; Hullo, A. (1989). *As deficiências visuais na criança*. Educação. Manole Ltd. São Paulo.

Júnior, W. R.; Santos, L. J. M. (2001). *O Judô como atividade pedagógica desportiva complementar, em um processo de orientação e mobilidade para portadores de deficiência visual*. Lectures: Educacion Física e Deportes - Buenos Aires - Año 7 (35). Consult. 18 Nov. 2006, disponível em <http://www.efdeportes.com/efd35/judo.htm>.

Keeton, W.; Cash, T. F. & Brown, T. A. (1990) Body image or body images?: Comparative, multidimensional assessment among college students. *Journal of Personality Assessment*, 5(1 e 2), pp. 213-239.

Kreitler, B. & Kreitler, H. (1988). Body image: the dimension of size. *Genetic, Social and General Psychology Monograph*, 114, pp. 7-12.

Lafontaine, J. (1981). *Manual de Reeducação psicomotriz*. Ed. Médica y técnica, S.A. Madrid.

Lefevre, L. e Delchet, R. (1972). *L' Education dès Enfants et dès Adolescents Handicapés. Les Aveugles, les Amblyopes, les Sourds-Aveugles*. Les Éditions ESF. Paris.

Maia, M. (1987). A percepção dos Cegos, In revista *Integrar*, Ano X (5), Junho-Dezembro, pp. 50-51.

Marinho, S. (2002). *Influência de um programa de exercício físico na promoção do auto-conceito, da auto-estima e da actividade motora quotidiana de um grupo de idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Marques, T.; Puawsky, F.; Onofre, M.; Martins, R.; Gil, A.; Leal, F. (1987). Desporto de (para) Deficientes. Uma exposição pedagógica – terapêutica. *Ludens*, 3(11) Abril – Junho.

Martinez, J. (1998). *Motricidad, autoconcepto e integracion de ninos ciegos*. Universidade de Granada. Granada.

Martin, B.; Bueno, T. (1993). Deficiência Visual e Acção Educativa in Vários Autores (Eds) *Necessidades Educativas Especiais*, pp. 317-347. Coleções Saber mais. Dinalivro. Lisboa.

Melo, D. (1998). *Imagem Corporal e a Coordenação Motora – Estudo Comparativo em crianças dos 7 aos 10 anos*. Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto.

Merleau-Ponty, M. (1997). *O olho e o espírito*. Lisboa: Veja.

Mesquita (1992). Voleibol – *Abordagem específica. Educação na Escola Primária*. Vol. II. Iniciação Desportiva. Próprio. 77-89. Câmara Municipal do Porto.

Monteiro, S. (1999). *Análise da postura e Deficiência Visual. Influência da prática regular e organizada de forma regular e sistematizada na postura do deficiente visual congénito*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto.

Mosquera, J. (1976). *Auto-Imagem e Auto-Estima: sentido para a vida humana*. Porto Alegre, Estados Leopoldenses. Consult. 19 Dez.. 2006, disponível em www.efdeportes.com

Moura e Castro (1995). *Alguns aspectos oftalmológicos da visão*. Em J. A. Moura e castro (Ed), *Colectânea de Textos*. Porto: AE-FCDEF-UP.

Moura e Castro, J. (1994). *Estudo da influencia da capacidade aeróbia na Orientação e Mobilidade do Cego*. Secretariado Nacional de Reabilitação. Lisboa.

Moura e Castro, J. (1993). *Estudo da influencia da capacidade de resistência aeróbia na Orientação e Mobilidade do cego*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto.

Munster, M. e Almeida, J. (2005). *Actividade Física e deficiência Visual*. In Gorgati, M; R. (org.). *Actividade Física adaptada: Qualidade de vida para pessoas especiais*. Burueri/SP, Editora Manole, pp. 33-51.

Novi, R. (1996). *Orientação e Mobilidade para deficientes visuais. O sol que faltava na minha vida*. Londrina. Educação. Cotação de Construção.

Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)*. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Secretariado Nacional de Reabilitação. Lisboa.

Ochaita, E. e Rosa, A. (1995). *Percepção, Acção e Conhecimento nas Crianças Cegas*. In: Coll, C.; Palácios, J.; Marchesi, A. *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Necessidades Educativas Especiais e Aprendizagem Escolar*. Vol. III, pp. 183-197. Porto Alegre.

Oliveira A. (2003). *A percepção da Imagem Corporal e a Coordenação Motora. Estudo Comparativo em crianças sobredotadas e não sobredotadas do sexo masculino com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos*. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto

Pereira, C. (1998). *Estudo do tempo de reacção simples e de escolha em indivíduos com Deficiência Visual e não praticantes de actividades desportivas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Porto.

Pereira, L. M. (1993). *Estruturação espacial e equilíbrio: estudo com crianças de visão nula ou residual*. Instituto Nacional de Investigação Científica, Lisboa.

Pereira, L. M. (1989). Caracterização do desenvolvimento da criança cega ou com visão residual segundo varias perspectivas *in Educação Especial e Reabilitação* 1 (1), pp. 24-30.

Pereira, L. (1987). *Contribuição para o estudo do papel dos sentidos na organização de informação. Análise do equilíbrio e da estruturação espacial de uma população escolar dos 6 aos 13 anos, de capacidade visual nula ou muito reduzida de estabelecimento precoce*. Dissertação de Doutoramento. UTL – FMH. Lisboa.

Pereira, L. M. (1981). Centros de Motricidade Terapêutica. *Ludens* (1), vol. VI, pp. 58-80.

Pereira, L. (1980). O conceito do deficiente visual. *Ludens*, Vol. 4 (4).

Phelps, L., Johnston, L. S., Jimenez, D. P., Wilczenski, F. L., Andrea, R. K. & Healy, R. W. (1993) Figure preference, body dissatisfaction, and body distortion in adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 8(3), pp. 297-310.

Rodrigues, N. (2002a). *Goalball: Estudo sobre o Estado do Conhecimento da Modalidade e Avaliação Desportivo-Motora dos Atletas*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Rodrigues, C. (2002b). *Imagem Corporal e Deficiência Mental. Estudo comparativo entre praticantes de desporto adaptado e indivíduos praticantes de actividade física adaptada*. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Rosadas, S. (1989). *Actividade Física Adaptada e jogos esportivos para o deficiente*. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro.

Ruff, G. ; Barrios, B. (1986). Realistic Assessment of Body Image. *Behavioural Assessment*, 18, pp. 237-252

Schilder, P. (1968). *L' image du corps – Etude des forces constructives de la psyché*. Paris: Gallimard.

Seragonian, P. (1993). *Exercise Psychology: The influence of Physical Exercise on Psychological Processes*. New York. John Wilwy & Sons.

Simões, P. (2002). *Imagem Corporal, Actividade Física e Toxicodependência. Estudo comparativo em indivíduos toxicodependentes em fase de tratamento e não toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Silva, M. (1991). *Desporto para deficientes. Corolário de uma evolução conceptual*. Dissertação apresentada às provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica da Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Silva, S. (1998). *A influência do desporto no autoconceito de indivíduos paraplégicos*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto

Sherril, C. (1998). *Adapted Physical Activity Recreation and Sport: crossdisciplinary and lifespan*. 5ª Ed. USA.

Sobral, F.; Vasconcelos, O. (1995a) *A precisão da imagem corporal avaliada por um método baseado na "Somatotype Attitudinal Distance"*. Comunicação apresentada no IV Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa e V Congresso da Sociedade Portuguesa de Educação Física, Coimbra Portugal.

Sobral, F.; Vasconcelos, O. (1999). *Morfologia e Imagem Corporal. O Método BIAPS e algumas das suas aplicações*. Actas do 1º Ciclo de Conferências em Antropometria Aplicada, pp.1-36. FMH-UTL.

Tucker, L. (1981). International structure, factor satisfaction and reability of the body, cathexis scale. *Perceptual and Motor Skills*. 53 (3), pp. 891-896.

Vasconcelos M. O. (1995). *A Imagem Corporal no período peripubertário – comparação de três grupos étnicos numa perspectiva biocultural*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Porto.

Winnick, J. (1990). *Adapted Physical Education Sport*. Human Kinetics Books (Ed.). USA.

8. Anexos

8.1. Anexo I

QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

(BSEM)

Kreitler e Kreitler (1988)

	Percepcionada	Real
<i>Altura</i>		
Largura da Boca		
Largura dos Ombros		
Largura da Cintura		
Largura das Ancas		
Comprimento da Mão		
Comprimento da Face		
Comprimento do Nariz		
Comprimento da Orelha		
Altura da Testa		

8.2. Anexo II

Universidade do Porto

Faculdade de Desporto

Licenciatura em Desporto e Educação Física – Opção Reeducação e Reabilitação

Porto, 15 de Fevereiro 2007

Ex.^{mo(a)} Senhor(a),

Chamo-me Sara Freitas e sou Estudante na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Com o objectivo de realizar uma tese de licenciatura subordinada ao tema: “A percepção da Imagem Corporal em indivíduos com Deficiência Visual”, em que pretendemos comparar praticantes de actividade física regular (Goalball, Futebol para Cegos) e não praticantes, venho solicitar a V.^a Ex.^a que se digne a autorizar a aplicação de um teste (ver em anexo) aos utentes do Centro de Reabilitação da Areosa, bem como a colaboração destes.

A recolha de informação será realizada de acordo com a vossa disponibilidade.

Agradeço o tempo dispensado e desde já assumo a responsabilidade de, uma vez completo o trabalho, lhes entregar uma cópia do documento final.

Com os melhores cumprimentos,

(Sara Freitas)