

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

THAIANE MOLETA VARGAS

**LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA EM ATLETAS DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS**

DISSERTAÇÃO

PONTA GROSSA

2018

THAIANE MOLETA VARGAS

**LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS E PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE
VIDA EM ATLETAS DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Ponta Grossa, área de Concentração Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso
Coorientadora: Profa. Dra. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky

PONTA GROSSA

2018

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

V297 Vargas, Thaianne Moleta
Lesões traumato-ortopédicas e percepção da qualidade de vida em atletas de basquetebol em cadeira de rodas/ Thaianne Moleta Vargas. Ponta Grossa, 2018.
100f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Pedroso.
Coorientadora: Prof^a Dr^a Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.

1. Pessoas com deficiência. 2. Qualidade de vida. 3. Lesões esportivas. I. Pedroso, Bruno. II. Kluthcovsky, Ana Claudia Garabeli Cavalli. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em Ciências da Saúde. IV. T.


CDD: 617.102.7

THAIANE MOLETA VARGAS


LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS E PERCEPÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DE BASQUETEBOL EM
CADEIRA DE RODAS

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.


Ponta Grossa, 23 de março de 2018.



Prof. Dr. Bruno Pedroso – Orientador
Doutor em Educação Física
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof. Dr. José Roberto Herrera Cantorani
Doutor em Educação Física
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo



Profa. Dra. Pollyanna Kássia de Oliveira Borges
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico aos meus pais, Elizeu e Dorileia.
Aos amores da minha vida, meu marido Leandro
e meus filhos, Juan e Helena.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pela oportunidade de apresentar uma lista tão extensa de agradecimentos referentes a esta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Bruno Pedroso e à Profa. Dra. Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky, pela contribuição de seus conhecimentos e sugestões na orientação e coorientação desta dissertação.

Ao meu marido, Prof. Dr. Leandro Martinez Vargas, pelo incentivo no ingresso da pós-graduação e pela contribuição em cada etapa do desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao mestrando Elias Scheifer, pelo apoio e contribuições no desenvolvimento do questionário sobre as Lesões no Basquetebol em Cadeira de Rodas (BCR) e no desenvolvimento dos links para a divulgação dos questionários. Seus conhecimentos em informática foram essenciais para a coleta dos dados.

Ao Prof. Ben Hur Chiconato, pelo apoio com a Federação Paranaense de Basquetebol em Cadeira de Rodas (FPRBCR) e disponibilização dos contatos dos atletas para a coleta de dados.

Aos responsáveis pelas nove equipes inscritas na FPRBCR no ano de 2017, pelo apoio durante a coleta de dados.

Aos atletas inscritos na referida Federação, pela colaboração de informações que auxiliaram na concretização deste estudo. Em especial aos atletas da equipe Tubarões/Ponta Grossa.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa, incluindo amigos, familiares, professores, colegas de Mestrado e de trabalho.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar a relação entre a presença de lesões traumato-ortopédicas e a percepção da qualidade de vida (QV) em atletas de Basquetebol em Cadeira de Rodas (BCR). Participaram da pesquisa 58 atletas de BCR com média de idade de 35,75 ($\pm 11,21$) anos, que praticam a modalidade há 6,18 ($\pm 4,83$) anos em média. Foram verificadas a frequência e distribuição das lesões traumato-ortopédicas ocorridas nos últimos 12 meses (que resultaram em qualquer restrição na participação ou desempenho esportivo) por meio de questionário adaptado do instrumento desenvolvido pelo Laboratório de Prevenção e Reabilitação de Lesões Esportivas (LAPREV-MG) e pelo instrumento utilizado pela *National Injury Recording System* (NAIRS). Para avaliar a percepção da QV dos atletas foi utilizado o WHOQOL-bref e o módulo adicional direcionado para pessoas com deficiência física (WHOQOL-DIS-PD). A força e o sentido da associação entre a variável dependente (percepção da QV) e variáveis independentes (presença de lesões e informações sociodemográficas) foram analisadas por meio do teste de regressão de Poisson. Também foi calculada a razão de chances para verificar quantas vezes é maior a chance de um atleta de BCR com ou sem lesões apresentar percepção insatisfatória da QV. Todo o tratamento estatístico foi realizado por meio do programa SPSS, versão 15.0 *for Windows*. Foram encontradas associações significativas entre a percepção da QV e o estado de saúde; e entre a presença de lesões e tempo de BCR, uso da cadeira de rodas, treinamento paralelo e uso de muleta ou bengala. As análises realizadas apontaram que quanto maior a idade dos atletas menor é a percepção em relação ao domínio ambiente. Por outro lado, quanto maior o tempo de prática do BCR mais satisfeitos os atletas estão em relação ao domínio apoio social. Não houve associação entre a presença de lesões e a percepção da QV entre os atletas investigados.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Qualidade de vida. Lesões esportivas.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the relationship between the presence of traumatic orthopedic injuries and quality of life (QoL) perception in Wheelchair Basketball (WCB) players. Fifty-eight WCB athletes with a mean age of 35.75 (\pm 11.21) years, who practiced the modality for 6.18 (\pm 4.83) years, participated in the study. The frequency and distribution of traumatic orthopedic injuries occurred in the last 12 months (which resulted in any restriction in sports participation or performance) was verified using a questionnaire adapted from the instrument developed by the Laboratory for the Prevention and Rehabilitation of Sports Injuries (LAPREV-MG) and the instrument used by the National Injury Recording System (NAIRS). The WHOQOL-bref and the WHOQOL-DIS-PD additive module were used to assess the athletes' QoL perception. The strength and direction of the association between the dependent variable (QoL perception) and independent variables (presence of injury and sociodemographic information) were analyzed using the Poisson regression test. The odds ratio was calculated to determine how many times the chance of a WCB athlete with or without injuries present unsatisfactory QoL. All statistical treatment was performed through the SPSS program, version 15.0 for Windows. Significant associations were found between QoL perception and health status; and between the presence of injuries and time of WCB, use of the wheelchair, parallel training and use of crutch or cane. The analyzes showed that the higher the age of the athletes, the lower their perception of the environment domain. On the other hand, the longer the WCB practice time, the more satisfied the athletes are in relation to the social support domain. There was no association between the presence of lesions and the perception of QoL among the investigated athletes.

Keywords: People with disabilities. Quality of life. Sports injuries.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 QUALIDADE DE VIDA	11
2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	12
2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	19
3 ESPORTE ADAPTADO	24
3.1 ESPORTE ADAPTADO PARA USUÁRIOS DE CADEIRA DE RODAS	27
3.2 BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS (BCR)	28
3.3 EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES ESPORTIVAS/PARADESPORTIVAS	33
4 MATERIAIS E MÉTODO	37
4.1 MÉTODO	37
4.2 DELINEAMENTO	37
4.3 LOCAL DO ESTUDO	37
4.4 POPULAÇÃO	37
4.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	38
4.5.1 Variáveis independentes	38
4.5.1.1 Características sociodemográficas, fatores relacionados à deficiência e à prática do BCR	39
4.5.1.2 Lesões traumato-ortopédicas	39
4.5.2 Variável dependente	40
4.5.2.1 Percepção da QV	40
4.6 COLETA DOS DADOS	42
4.7 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	43
4.7.1 Ponto de corte para a percepção da QV	44
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
5 RESULTADOS	46
5.1 POPULAÇÃO – RESPONDENTES E PERDAS	46
5.2 QUESTIONÁRIO “SOBRE VOCÊ”	46
5.3 QUESTIONÁRIO “SOBRE O BCR”	48
5.4 QUESTIONÁRIO “WHOQOL-DIS-PD”	48
5.5 QUESTIONÁRIO “LESÃO NO ESPORTE ADAPTADO”	54
5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÕES E PERCEPÇÃO DA QV	58
6 DISCUSSÃO	60
6.1 PERCEPÇÃO DA QV EM ATLETAS DE BCR	60
6.2 EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS EM PARATLETAS	62
6.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÕES E PERCEPÇÃO DA QV	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	70
ANEXO A – Questionário “Sobre Você + BCR”	75
ANEXO B – Questionário “WHOQOL-DIS-PD”	80
ANEXO C – Questionário “Lesão no Esporte Adaptado”	87
ANEXO D – Autorização para a coleta de dados	91
ANEXO E – Termo de consentimento livre e esclarecido	93
ANEXO F – Parecer consubstanciado do CEP	97

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua condição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (FLECK et al., 2008, p. 25). Fleck considera que o conceito de QV “ainda é um campo em debate”, mas que a definição adotada pela OMS “é a que melhor traduz a abrangência do construto *qualidade de vida*”.

Quando se trata de pessoas com deficiência (PCDs), Cantorani (2013) infere que a QV está, também, relacionada à capacidade ou condição de executar tarefas de forma independente, a acessibilidade e a autonomia. Esse mesmo autor indica que esses aspectos, diretamente relacionados às conquistas obtidas na luta pelos direitos humanos, constituem um marco de referência para o início das avaliações da QV das PCDs. Isso permitiu destacar o direito dessas pessoas à participação plena e efetiva em todos os campos da vida, de forma isonômica e igualmente a todas as demais pessoas.

Neste cenário, o esporte surge como um dos caminhos utilizados pelas PCDs para adquirir a capacidade de executar tarefas de forma independente e inserir-se em um meio social que permite a inclusão dos que possuem deficiência. Por esporte adaptado entende-se qualquer esporte praticado pelas PCDs, seja em âmbito escolar ou para fins de rendimento (ARAÚJO, 2010).

Na visão do professor Paulo Ferreira de Araújo, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), um dos maiores expoentes do esporte adaptado no Brasil, o debate acerca dessa área no meio científico, nas organizações institucionais e nas esferas políticas ganhou força a partir de 2009, ano em que a cidade do Rio de Janeiro foi escolhida para sediar os Jogos Olímpicos e Paralímpicos de 2016 (ARAÚJO, 2011).

Nos últimos anos, com o aumento do movimento Paralímpico em todo o mundo, o desenvolvimento do esporte adaptado nacional e internacional tem sido fator de estímulo para a participação das PCDs em atividades esportivas. A ampliação desse movimento tem ocasionado um alto nível de exigência, como ocorre em qualquer competição esportiva, as quais exigem dos atletas maior intensidade e frequência nos treinamentos e competições.

Tal panorama faz com que os atletas paradesportivos enfrentem todas as consequências que o treinamento desportivo de alto rendimento gera à saúde, incluindo as malélicas, como as lesões traumato-ortopédicas. Essas lesões, sejam elas de nível

macro ou micro, apresentam maior possibilidade de ocorrer nesses atletas quando estão presentes fatores intrínsecos, como comprometimento congênito ou adquirido de algumas capacidades físicas, e/ou fatores extrínsecos, como a necessidade do uso da cadeira de rodas (VITAL et al., 2007).

A limitação para as atividades do dia-a-dia está diretamente relacionada à percepção da QV, principalmente no que diz respeito à autonomia (CANTORANI, 2013). Dessa forma, a frequência com que uma doença ou lesão específica ocorre dentro do âmbito esportivo pode alterar a percepção do indivíduo quanto a sua QV, assim como pode determinar o nível de adesão à prática esportiva, impactando no nível de engajamento do indivíduo com os treinamentos e competições.

Neste contexto, a realização da presente pesquisa se justifica ao considerar que, mesmo que o tema QV no paradesporto esteja sendo amplamente investigado no meio científico, ao direcionar a investigação para as lesões decorrentes das diversas modalidades, as pesquisas são mais frequentes em populações internacionais. No Brasil encontra-se poucas instituições pesquisando sobre o tema. Além disso, publicações que não envolvam o Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB) estão restritas a pequenos grupos de praticantes não federados.

Face ao exposto, a hipótese principal dessa investigação era de que havia associação entre a insatisfação com a QV e a presença de lesões traumato-ortopédicas em atletas de Basquetebol em Cadeira de Rodas (BCR).

Ainda, esperava-se que a análise da frequência e distribuição das lesões traumato-ortopédicas mostrasse que as articulações dos ombros, cotovelos e punhos são as mais acometidas, pois essas são as articulações mais solicitadas durante os treinamentos e competições, tanto para manusear a bola como para movimentar a cadeira de rodas.

Considerando a promoção da QV como uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Com Deficiência (BRASIL, 2010), a presente pesquisa poderia trazer informações importantes para a elaboração ou aprimoramento de políticas públicas direcionadas ao esporte para as PCDs, principalmente voltadas às ações preventivas.

Em face da popularidade crescente do BCR e pela escassez de pesquisas envolvendo praticantes de BCR federados no estado do Paraná e Brasil, o presente estudo objetivou analisar a relação entre a presença de lesões traumato-ortopédicas e a percepção da QV em atletas de BCR.

Paralelamente ao objetivo central exposto, o presente estudo também avaliou a percepção da QV dos atletas inscritos na Federação Paranaense de Basquete em Cadeira de Rodas (FPRBCR) no ano de 2017; verificou a associação entre a percepção da QV e variáveis independentes; verificou a frequência e distribuição das lesões traumato-ortopédicas; analisou a diferença entre as médias dos domínios da QV entre grupos de atletas com e sem lesão; verificou o nível de associação entre a presença de lesões e variáveis independentes; e analisou a correlação entre idade e tempo de BCR com os domínios da QV dos atletas investigados.

2 QUALIDADE DE VIDA

O termo “qualidade de vida” foi, supostamente, mencionado pela primeira vez em 1964 em um discurso presidencial nos Estados Unidos da América, por Lyndon Johnson, referindo-se ao sentido de valorizar parâmetros além do controle de sintomas, da diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida da população (FLECK et al., 1999).

A partir dessa década, a QV passou a ser vista como um espaço de investigação científica. Os trabalhos, nesse período, eram realizados com indicadores objetivos, considerando apenas os recursos relacionados à condição e objetivo de vida e estruturados a partir de estatísticas. Apenas em 1976 indicadores de bem-estar subjetivos ou psicológicos foram incorporados à temática. Esses indicadores eram baseados na percepção e avaliação individual das condições sociais e apresentavam a satisfação como foco desses indicadores (CANTORANI, 2013).

Desde a primeira vez que o termo QV foi utilizado várias definições foram publicadas. Landeiro et al. (2011, p. 4258) publicaram uma revisão sistemática sobre o tema e concluíram que não existe um consenso sobre a definição de QV, mas concordam que a mesma é um “conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico”.

Apesar de o termo “condição de saúde” ter sido muito utilizada como sinônimo de QV, a OMS definiu “saúde”, em sua Constituição de 1947, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (FLECK et al., 2008, p. 25). Ao estabelecer uma definição do constructo QV como “a percepção do indivíduo de sua condição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação às suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (FLECK et al., 2008, p. 25), a OMS apresentou a “condição de saúde” como um de seus domínios e não como sinônimo.

Na tentativa de ilustrar a relação entre conceitos de saúde e a influência dos fatores intrínsecos e extrínsecos para a QV geral, Fleck et al. (2008) apresentam o esquema a seguir:

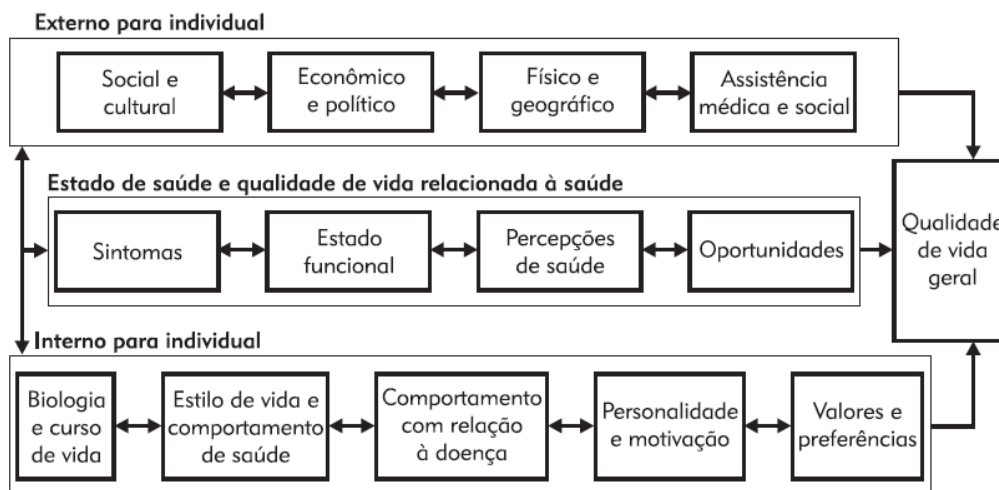


Figura 1 - Relação entre a QV e os conceitos de saúde
 Fonte: Fleck et al. (2008, p. 36)

Segundo o próprio autor, a Figura 1 apresenta as variáveis em uma progressão linear, o que na verdade não existe, pois os sintomas podem ser traduzidos diretamente nas percepções ou na oportunidade, sem afetar o funcionamento. Contudo, o objetivo da figura é ilustrar que os fatores intrínsecos não podem ser separados dos extrínsecos, ou seja, o contexto pessoal não pode ser separado do contexto sociocultural.

Devido ao interesse pelo constructo, nas últimas décadas observou-se um crescente número de instrumentos de avaliação de QV e afins (FLECK et al., 1999). Esses instrumentos compreendem basicamente dois grupos: questionários genéricos (aplicáveis para qualquer população por avaliar de forma geral e global os aspectos relacionados com a QV) e questionários específicos (aplicáveis a populações específicas por avaliar aspectos particulares da QV de determinada população) (LANDEIRO et al., 2011).

2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

As concepções e práticas referentes ao constructo QV evoluíram envoltos por complexidade, principalmente diante da falta de consenso existente para a mensuração da QV, no que se refere a seus indicadores (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Inicialmente a OMS baseou-se nas taxas de mortalidade e natalidade para a mensuração de saúde da população, adotando uma definição de saúde apenas como a ausência de doenças ou enfermidades. Mas há algum tempo, ficou claro que essas taxas, mesmo sendo essenciais, não são suficientes, indicando a necessidade de agregar informações como anos vividos e níveis de incapacidade da população.

A partir da década de 1940, a OMS passou a definir saúde de forma mais ampla, considerando além da ausência de doenças ou enfermidades, o bem-estar físico, mental e social. Com a nova definição o *status* de saúde passa a ter muitos pontos de ligação com QV.

Gonçalves e Vilarta (2004) apresentaram alguns indicadores utilizados na tentativa de mensurar a QV:

<p>1 Saúde como componente da QV Índice de Desenvolvimento Humano Índice de Desenvolvimento Tecnológico Índice Paulista de Responsabilidade Social Índice de Deterioração da Vida Índice de Sustentabilidade Ambiental Índices Genebrinos</p> <p>2 Saúde como interesse na QV 2.1 Ênfase biológica 2.1.1 Indicadores Específicos Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Inquérito Nacional de Saúde por Entrevistas Perfil de Impacto de Doenças Whoqol-100 SF-36 2.1.2 Indicadores Genéricos QALYs DALYs HeaLYs Carga Global de Doença 2.2 Uso geral: Coeficiente de Gini</p>
--

Quadro 1 – Indicadores de QV e Saúde
Fonte: Gonçalves e Vilarta (2004, p. 8)

Conforme apresentado no Quadro 1, observa-se a variedade de índices no campo 1 (saúde como componente da QV) que apresentaram como característica principal a facilidade na obtenção dos dados na maioria dos países, preocupando-se mais em obter dados sobre as condições socioeconômicas da população. Em contrapartida, os índices pouco discriminam países de condições semelhantes, pois se baseiam no crescimento econômico do país, ignorando outros valores e práticas importantes para a mensuração da QV.

A partir da necessidade de avaliar outros componentes que complementassem a mensuração da saúde, ainda no Quadro 1 (no campo 2 - Saúde como interesse na QV), observa-se o desenvolvimento de vários indicadores. Dentre os indicadores específicos, os instrumentos avaliavam componentes considerados subjetivos de cada constructo. Já

os indicadores genéricos avaliavam o impacto de determinada doença para a tomada de decisões no planejamento da assistência.

A maioria dos instrumentos existentes foram desenvolvidos nos Estados Unidos. Porém, diante da necessidade de um instrumento capaz de avaliar o constructo QV por uma perspectiva internacional e geral, a OMS elaborou o Grupo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) no ano de 1993 (FLECK et al., 1999).

Segundo Fleck et al. (1999), o primeiro passo para a elaboração do instrumento WHOQOL-100 foi a formulação dos aspectos fundamentais referentes ao constructo QV: subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Ao desenvolver esses elementos foi possível formular a definição de QV. O segundo passo foi desenvolver a estrutura do instrumento, que, reconhecendo a multidimensionalidade, foi estruturado em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (religião e crenças pessoais).

Sobre isso, Pedroso et al. (2013, p. 23) infere que:

O rigor metodológico utilizado no processo de construção e validação dos instrumentos WHOQOL possibilita a obtenção de características psicométricas satisfatórias, perfazendo com que os resultados das aplicações de tais instrumentos sejam válidos, consistentes e fidedignos à população estudada.

Frente ao exposto, os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo WHOQOL são os mais utilizados pelos países nos quais houve a tradução e validação dos questionários. A Figura 2 apresenta os estágios no desenvolvimento do primeiro questionário do Grupo WHOQOL, em 1995:

Estágio	Método	Produto	Objetivos
1) Clarificação do conceito	Revisão por <i>experts</i> internacionais	- Definição de qualidade de vida - Definição de um protocolo para o estudo	Estabelecimento de um consenso para uma definição de qualidade de vida e para uma abordagem internacional da avaliação de qualidade de vida
2) Estudo piloto qualitativo	- Revisão por <i>experts</i> - Grupos focais - Painel escrito por <i>experts</i> e leigos	- Definição de domínios e subdomínios - Elaboração de um conjunto de questões	Exploração do conceito de qualidade de vida através das culturas e geração de questões
3) Desenvolvimento de um piloto	Administração do WHOQOL piloto em 15 centros para 250 pacientes e 50 "normais"	- Padronização de um questionário de 300 questões	Refinamento da estrutura do WHOQOL. Redução do conjunto de questões.
4) Teste de campo	Aplicação em grupos homogêneos de pacientes	- Estrutura comum de domínios - Conjunto de 100 questões - Escala de respostas equivalentes em diferentes idiomas	Estabelecimento de propriedades psicométricas do WHOQOL.

Figura 2 - Desenvolvimento do WHOQOL-100
Fonte: Fleck et al. (1999, p. 22)

Um total de 15 centros foram sediados em 14 países para o desenvolvimento do WHOQOL. Posterior aos estágios apresentados acima, o questionário denominado WHOQOL-100 apresentou-se seccionado em seis “domínios”, divididos em 24 “facetras”, e cada faceta é formada por quatro questões, conforme apresentação do Quadro 2. As questões seguem uma sequência lógica por escala de respostas (intensidade, avaliação, capacidade e frequência), as quais estão dispostas em escala do tipo Likert¹ de cinco pontos, em que os extremos representam 0% e 100% (PEDROSO et al., 2013).

¹A escala de Likert foi criada por Rensis Likert em 1932 para mensurar atitudes no contexto das ciências comportamentais, desenvolvendo um conjunto de afirmações relacionadas à definição de um construto, para as quais os respondentes emitem seu grau de concordância. Originalmente, a escala propunha uma aplicação de 5 pontos, variando da discordância total até a concordância total. Atualmente existem variações na sua pontuação, atendendo ao critério do pesquisador (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014).

<p>Domínio I – Domínio físico</p> <p>Dor e desconforto</p> <p>Energia e fadiga</p> <p>Sono e repouso</p> <p>Domínio II – Domínio psicológico</p> <p>Sentimentos positivos</p> <p>Pensar, aprender, memória e concentração</p> <p>Autoestima</p> <p>Imagem corporal e aparência</p> <p>Sentimentos negativos</p> <p>Domínio III – Nível de Independência</p> <p>Mobilidade</p> <p>Atividades de vida cotidiana</p> <p>Dependência de medicação ou de tratamentos</p> <p>Capacidade de trabalho</p> <p>Domínio IV – Relações sociais</p> <p>Relações pessoais</p> <p>Apoio social</p> <p>Atividade sexual</p> <p>Domínio V – Ambiente</p> <p>Segurança física e proteção</p> <p>Ambiente no lar</p> <p>Recursos financeiros</p> <p>Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</p> <p>Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</p> <p>Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer</p> <p>Ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/ clima)</p> <p>Transporte</p> <p>Domínio VI – Aspectos espirituais/ Religião/ Crenças pessoais</p> <p>Aspectos espirituais/ Religião/ Crenças pessoais</p>
--

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-100
 Fonte: Fleck et al. (2008)

Para complementar o questionário, há a 25ª faceta, denominada “qualidade de vida global e percepção geral da saúde”, que não está incluída em nenhum dos domínios, mas é tão importante quanto, porque “aborda uma autoavaliação da QV, em que o indivíduo expressa o seu ponto de vista de satisfação com a vida, saúde e QV” (PEDROSO et al., 2013, p. 21).

Mesmo apontando propriedades psicométricas consistentes, o WHOQOL-100 apresenta a sua extensão como principal fator limitante de aplicação. Isso se deve ao número de itens que constituem o questionário, exigindo maior tempo do respondente, mostrando-se inviável para alguns usos.

Segundo Pedroso et al. (2013), diante da necessidade de disponibilizar um instrumento que exigisse menor tempo para preenchimento, mas que mantivesse as características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu o WHOQOL-bref (versão abreviada do WHOQOL-100). O WHOQOL-bref é composto por 26 questões, mantendo as 24 “facetas” do instrumento anterior, porém resumidas em uma questão para cada “faceta”, estando estas divididas em quatro “domínios”. Ainda foram incluídos dois itens para a “qualidade de vida global e percepção geral da saúde”, conforme apresentação do Quadro 3:

Domínio I – Domínio físico

Dor e desconforto
 Energia e fadiga
 Sono e repouso
 Mobilidade
 Atividades da vida cotidiana
 Dependência de medicação ou de tratamentos
 Capacidade de trabalho

Domínio II – Domínio psicológico

Sentimentos positivos
 Pensar, aprender, memória e concentração
 Autoestima
 Imagem corporal e aparência
 Sentimentos negativos
 Espiritualidade/ Religião/ Crenças pessoais

Domínio III – Relações sociais

Relações pessoais
 Suporte (apoio) social
 Atividade sexual

Domínio IV – Meio ambiente

Segurança física e proteção
 Ambiente no lar
 Recursos financeiros
 Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
 Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
 Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer
 Ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/ clima)
 Transporte

Quadro 3 - Domínios e facetas do WHOQOL-bref
 Fonte: Fleck et al. (2000).

É importante destacar que as escalas de respostas do WHOQOL-bref estão dispostas de modo crescente, conferindo a maior numeração à melhor percepção da QV, exceto as questões referentes à dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamentos e sentimentos negativos, que estão dispostas de modo decrescente, conferindo a maior numeração à pior percepção da QV. Dessa forma, para gerar o escore final, torna-se necessário inverter as respostas que estão no modo decrescente (FLECK et al., 2008).

Os instrumentos desenvolvidos pela OMS atingiram o objetivo de avaliar a QV dos indivíduos, mas de forma genérica. Ao serem aplicados em populações específicas, tanto o WHOQOL-100 como o WHOQOL-bref apresentavam lacunas que precisavam ser preenchidas por questões que não estavam presentes em suas facetas e/ou domínios.

Segundo Pedroso et al. (2015), a partir dos instrumentos genéricos, a OMS empenhou-se na elaboração de instrumentos de avaliação da QV direcionados a populações específicas utilizando módulos complementares ou suplementares aos instrumentos WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref, citados na figura a seguir:

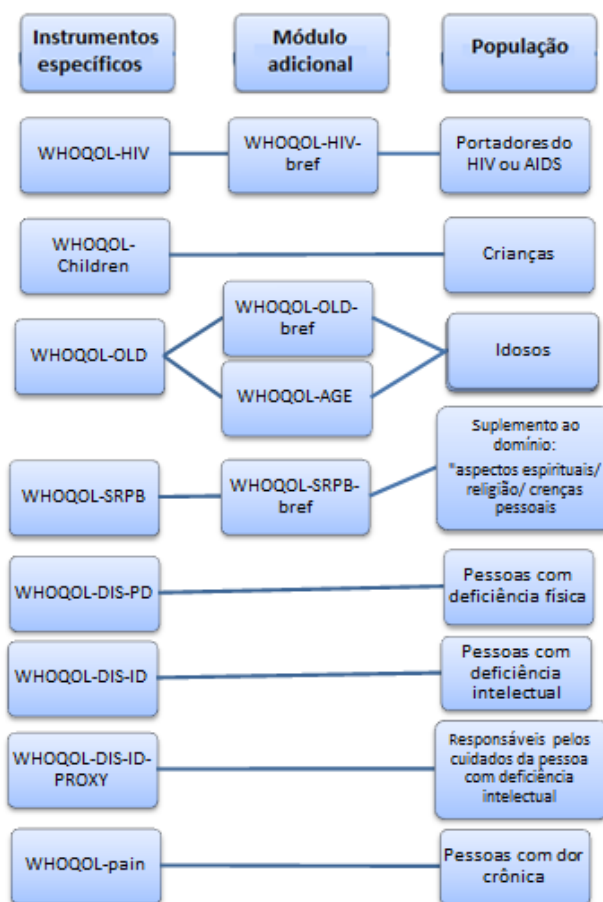


Figura 3 - Instrumentos específicos desenvolvidos pelo Grupo WHOQOL
Fonte: Autoria própria

É possível perceber na Figura 3 a existência de três instrumentos específicos destinados às PCDs: WHOQOL-DIS-PD, WHOQOL-DIS-ID e WHOQOL-DIS-ID-PROXY. Todos são módulos adicionais específicos de acordo com a deficiência do público alvo e devem ser aplicados junto ao WHOQOL-bref, o qual também recebe adaptações específicas.

2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Muitas terminologias foram utilizadas ao longo da história para se referir às pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência. Segundo Cantorani (2013), o debate acerca do tema tem ocupado espaços cada vez mais concretos e representativos. O primeiro movimento importante a partir do qual resultou na terminologia utilizada atualmente – pessoa com deficiência – foi o colocado em curso pela fundação da *The Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), em 1972 no Reino Unido.

A UPIAS foi uma das primeiras organizações formadas por PCDs. Seus objetivos eram distintamente políticos, acima do assistencialismo visto em instituições anteriores. Sua principal contribuição foi a fundamentação teórica do modelo social da deficiência, contribuindo com a distinção de importantes conceitos presentes no cotidiano das PCDs.

Até a década de 1970 o termo “deficiente” sofreu diversas alterações passando de substantivo para adjetivo, a destacar: “pessoa portadora de necessidades especiais”, “pessoa portadora de deficiência”, “pessoas com necessidades especiais”, “portadores de necessidades especiais” e “pessoas especiais”.

Diante dos movimentos acerca do tema, o ano de 1981 foi proclamado pela ONU como o “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. A partir dessa década começaram a se estruturar bases mais significativas para uma mudança em direção ao reconhecimento dos direitos das PCDs, elucidando o significado da “pessoa” como substantivo e “deficiente” como adjetivo (CANTORANI, 2013). Cantorani ainda infere que os movimentos mundiais debateram não apenas sobre uma terminologia, mas sobre o termo mais adequado à condição da PCD, referindo-se a esta população com igualdade e dignidade.

O termo “pessoas com deficiência” pode ser encontrado no texto da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o qual foi aprovado e

transformado em documento pela ONU em 25 de agosto de 2006 (CANTORANI, 2013). A consolidação desse termo baseou-se no modelo social da deficiência discutido pela UPIAS, em 1975.

No modelo social da deficiência, o termo imparidade apresenta-se como “ausência parcial ou total de um membro, órgão ou existência de um mecanismo corporal defeituoso”, enquanto que o termo deficiência apresenta-se como uma “desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera aqueles que possuem limitações físicas e, portanto, os exclui da participação das principais atividades da vida social” (UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION, 1997, p. 14).

A partir de tais movimentos, a OMS percebeu a necessidade de reestruturar sua classificação internacional para a descrição da saúde e de estados relacionados a ela. A mais recente está disponibilizada na Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10), que apresenta uma estrutura de base etiológica, e na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que é baseada na funcionalidade e na incapacidade associadas ao estado de saúde. A CIF é complementar à CID, de modo a ampliar e dar mais significado ao estado de saúde das pessoas ou da população, oferecendo uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

A CIF apresenta-se dividida em dois componentes: o componente da Funcionalidade e da Incapacidade que abrange as funções e estruturas corporais e as atividades e participação e o componente dos Fatores Contextuais, que abrange os fatores ambientais e pessoais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Com a CIF surgem três dimensões: imparidade, limitações para as atividades e restrições para participação. A partir dessa nova classificação, toda dificuldade ou limitação corporal, permanente ou temporária, pode ser classificada como deficiência (CANTORANI, 2013). Neste contexto, a OMS adota o modelo biopsicossocial da deficiência, defendendo que deficiência é o oposto da funcionalidade (BREDEMEIER et al., 2014).

A partir desse momento, a OMS se deparou com a necessidade de adequar os instrumentos de avaliação da QV, visto que os instrumentos genéricos utilizados, até então, para avaliar a QV das PCDs, incluindo os instrumentos desenvolvidos pela própria OMS, não eram capazes de abranger todos os componentes defendidos pelo

modelo biopsicossocial da deficiência, como especificações relacionadas à participação e à autonomia (CANTORANI et al., 2015).

Diante do desafio, a OMS reuniu especialistas para o desenvolvimento de um questionário específico para avaliar a QV das PCDs. Este grupo constituiu o projeto DIS-QOL, liderado pela Universidade de Edimburgo. O grupo seguiu a metodologia utilizada para o desenvolvimento dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 e WHOQOL-bref, que se consistiu em: trabalho de grupo focal em centros colaboradores, geração de itens, testes-piloto, refinamento e redução de itens, seguido pelo teste de campo do instrumento (POWER; GREEN, 2010).

O projeto DIS-QOL, posteriormente chamado de WHOQOL-DIS, resultou em um módulo adicional ao WHOQOL-bref, composto por 13 questões conforme o quadro a seguir:

Domínio I – Apoio social
Discriminação
Proteção
Perspectivas futuras
Domínio II – Decisão pessoal
Controle de vida
Tomada de decisão
Autonomia
Domínio III – Comunicação
Comunicação
Aceitação social
Respeito
Domínio IV – Inclusão social
Interação na sociedade
Inclusão social
Capacidade pessoal

Quadro 4 - Domínios e facetas do WHOQOL-DIS
Fonte: Chaveiro (2011, p.53)

A OMS ainda elaborou três versões do WHOQOL-DIS, conforme apresentado na Figura 3, o WHOQOL-DIS-PD (para pessoas com deficiência física), o WHOQOL-DIS-ID (para pessoas com deficiência intelectual) e o WHOQOL-DIS-ID-PROXY (para os responsáveis pelos cuidados da pessoa com deficiência intelectual, caso a PCD não apresente condições de responder) (CANTORANI et al., 2015).

Segundo Cantorani et al. (2015), algumas adequações mostraram-se necessárias para o desenvolvimento das três versões:

- Para o WHOQOL-DIS-PD, tanto no módulo adicional quanto no WHOQOL-bref, foi mantida a escala de Likert de 5 pontos para as respostas de todas as questões. O módulo adicional ainda recebeu ilustrações com faces que representam expressões de satisfação para as respostas 1, 3 e 5.

- Para o WHOQOL-DIS-ID, a escala de Likert de 5 pontos não se mostrou indicada para o público alvo do questionário, a qual foi alterada para uma escala de 3 pontos, tanto no módulo adicional quanto no WHOQOL-bref, porém as facetas dos domínios gerais permaneceram com a escala original. Nessa versão todas as respostas receberam ilustrações com faces que representam expressões de satisfação.

- O WHOQOL-DIS-ID-PROXY não sofreu qualquer alteração nas escalas de respostas, mas as questões do WHOQOL-bref e do módulo adicional foram reformuladas para se referir a PCD, pois será um responsável apontando as melhores opções que correspondem ao estado da PCD. Também nessa versão todas as respostas receberam ilustrações com faces que representam expressões de satisfação.

Outra importante informação sobre o WHOQOL-DIS é que, assim como o WHOQOL-bref, suas escalas de respostas também estão dispostas de modo crescente, mas as questões referentes à discriminação, proteção e perspectivas futuras estão dispostas de modo decrescente. Dessa forma, para gerar o escore final, torna-se necessário inverter as respostas que estão no modo decrescente (FLECK et al., 2008).

Frente ao contexto apresentado, pesquisas foram desenvolvidas com o objetivo de avaliar a QV das PCDs. Destaca-se a pesquisa de Yazicioglu et al. (2012), na qual os autores avaliaram a influência dos esportes adaptados na QV e na satisfação com a vida em participantes esportivos e não esportivos com deficiência física. Os autores observaram escores de QV significativamente maiores no grupo de pessoas com deficiências físicas que participaram de esportes adaptados em comparação com pessoas com deficiência física que não estavam envolvidas em nenhum esporte adaptado.

Outra pesquisa relevante foi publicada por Côté-Leclerc et al. (2017), com a aplicação de um método misto quanti-qualitativo. Na análise dos dados quantitativos os autores observaram escores similares de QV entre os grupos pesquisados, que envolviam pessoas com e sem deficiência.

Torna-se interessante destacar a análise qualitativa da pesquisa de Côté-Leclerc et al. (2017), na qual as PCDs puderam relatar sobre o impacto do esporte adaptado na

QV. A conclusão sobre esse impacto foi positiva principalmente no que diz respeito ao bem-estar físico e saúde. Os entrevistados também relataram o impacto positivo na participação social, na autoestima, na sensação de pertencer a um grupo e nas relações interpessoais.

3 ESPORTE ADAPTADO

Na sociedade contemporânea, o esporte apresenta a pluralidade como uma de suas principais características. Isso significa que sua prática e consumo ocorrem em diferentes cenários, como escolas, clubes, praças, ruas e centros esportivos. Por sua vez, a disponibilidade do esporte pode ser direcionada a diferentes grupos como crianças, adolescentes, adultos e idosos e seus objetivos podem ser variados incluindo a atividade profissional, ocupação do tempo livre e conteúdo da educação física escolar (TUBINO, 2001).

Em termos gerais os esportes podem ser classificados de duas formas: coletivos e individuais. Essa divisão primária considera que o esporte pode ser praticado em conjunto com outras pessoas, como uma equipe, apresentando os resultados obtidos como fruto de um esforço mútuo ou praticado sozinho contra a natureza ou outra pessoa, dependendo basicamente de si mesmo para alcançar os objetivos.

Complementarmente, para Araújo et al. (2010, p. 25), o esporte “deve ser entendido como conteúdo de uma área de conhecimento”, visto que seu trabalho deveria envolver de forma interdisciplinar, além dos professores de Educação Física, também os médicos, nutricionistas e psicólogos. Dessa forma, quando devidamente planejado e organizado, o esporte é capaz de modificar o estilo de vida do aluno, e não apenas prover a aquisição de habilidades esportivas de nível motor ou técnico.

Neste cenário entra o esporte adaptado que, sobretudo nas atividades coletivas, objetiva uma mudança no estilo de vida. Por esporte adaptado, ou paradesporto, entende-se qualquer esporte praticado pelas PCDs, seja em âmbito escolar ou para fins de rendimento (ARAÚJO et al., 2010). O mesmo autor relata que o paradesporto deve ser trabalhado de forma natural, tanto para as pessoas com deficiência congênita (deficiência com a qual a pessoa nasce), quanto para adquirida (deficiência transitória ou permanente adquirida a partir de quaisquer situações).

Os esportes em equipe são uma forma popular para as PCDs manterem-se fisicamente ativas, seja no esporte amador ou profissional (PORRETTA, 2011). A melhora na autoestima, nas condições orgânicas gerais, nas relações interpessoais, na QV, nas condições para realizar as atividades de vida diária e ampliação das oportunidades são alguns dos benefícios do esporte praticado pela PCD (ARAÚJO et al., 2010). Complementando as razões pelas quais as PCDs buscam o esporte adaptado,

Araújo et al. (2010) destacam o ganho de autonomia, independência e participação social.

Mesmo com tantos benefícios, a prática do esporte adaptado no Brasil iniciou há poucas décadas. Os primeiros registros da prática do esporte adaptado sistematizado no Brasil datam de 1958, por organizações de clubes esportivos das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Acompanhando os movimentos mundiais que impulsionaram o fenômeno do esporte adaptado, foram criadas organizações e políticas públicas para garantir os direitos das PCDs no Brasil, inclusive o livre acesso à prática esportiva (ARAÚJO et al., 2010).

Um importante passo para a consolidação da prática do esporte adaptado no país foi a criação, em 1994, do Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB)² (ARAÚJO et al., 2010). As Paralimpíadas seguem como um exemplo de momento em que são ampliados os debates envolvendo o esporte adaptado, tanto no ambiente científico, quanto no ambiente político.

A primeira competição paradesportiva registrada foi organizada por Ludwig Guttman em Stoke Mandeville, na Inglaterra, no ano de 1948. A competição envolvia veteranos da Segunda Guerra Mundial com lesão na medula espinhal. Posteriormente, em 1952, com a união da Holanda nos jogos, teve início o movimento internacional – movimento paralímpico (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

Motivada pelo “movimento paralímpico”, a Paralimpíada foi organizada pela primeira vez em Roma, em 1960, contando com a participação de 400 atletas. Em 19 de junho de 2001, foi assinado um acordo entre o Comitê Olímpico Internacional e o Comitê Paralímpico Internacional (IPC) assegurando que os Jogos Paralímpicos seriam realizados no mesmo ano e também sediados no mesmo local das Olimpíadas (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

O movimento tem crescido de maneira significativa desde seu início, o que pode ser comprovado ao comparar o número de atletas participantes da primeira edição, em Roma, com os 4.300 atletas de 159 países que participaram dos Jogos Paralímpicos do Rio de Janeiro, em 2016 (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

A última Paralimpíada – Rio de Janeiro, 2016 – contou com 23 modalidades, conforme o quadro a seguir:

² Desde novembro de 2011, o termo “paraolímpico” foi alterado para “paralímpico”. Essa mudança foi oficializada pelo CPB, a pedido do IPC, com o objetivo de alcançar a universalização do termo e suas derivações (BENFICA, 2012).

Ano de estreia da modalidade nos Jogos Paralímpicos	Modalidade
1960	Atletismo Basquetebol em cadeira de rodas Esgrima Natação Tênis de mesa Tiro com arco
1964	Halterofilismo
1976	Golbol Tiro esportivo
1980	Vôlei sentado
1984	Bocha Ciclismo de estrada Futebol de 7
1988	Judô
1992	Tênis
1996	Ciclismo de pista Hipismo
2000	Rúgbi Vela
2004	Futebol de 5
2008	Remo
2016	Triatlo

Quadro 5- Modalidades praticadas nas Paralimpíadas Rio-2016:
Fonte: autoria própria

Para que as competições sejam justas, considerando as diferentes limitações existentes, sejam estas provenientes de deficiência intelectual ou física, cada modalidade adota uma classificação funcional, na qual os atletas são avaliados conforme o comprometimento físico-motor.

Após o processo de classificação, o atleta recebe uma pontuação que varia de acordo com a modalidade, mas que segue uma escala conferindo que quanto maior a deficiência, menor é a pontuação recebida pelo atleta. A pontuação máxima permitida também é variável de acordo com a modalidade individual ou coletiva (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

Como exemplo, na classificação do BCR, os jogadores são agrupados em categorias. Tais categorias baseiam-se na capacidade física destes jogadores para executar movimentos fundamentais do basquetebol (impulsionar a cadeira de rodas, driblar, arremessar, passar, rebotear e reação a contatos) (INTERNATIONAL WHEELCHAIR BASKETBALL FEDERATION, 2004).

Para o BCR, a *International Wheelchair Basketball Federation* (IWBF) designa aos jogadores uma classificação de 1.0 (indicando o jogador com menor função física) até 4.5 (indicando o jogador com maior função física, incluindo o jogador com

deficiência mínima). Esta classificação indica os “pontos de jogo” de cada jogador e, a qualquer momento em um jogo, os cinco jogadores em quadra não podem exceder um total de 14 pontos em quadra. Um somatório menor é permitido.

Segundo Cardoso e Gaya (2014), o sistema de classificação atual “visa organizar os atletas em classes para que possam competir em condições de paridade funcional” tornando a competição mais justa ao permitir que atletas com maior ou menor comprometimento físico participem das competições.

3.1 ESPORTE ADAPTADO PARA USUÁRIOS DE CADEIRA DE RODAS

As oportunidades esportivas para as pessoas em cadeira de rodas, em sua maioria, consistem em atividades para indivíduos com alguma incapacidade permanente (como aqueles que sofreram amputações, lesões na medula espinhal, poliomielite) e que não seriam capazes, ou não teriam um bom nível de rendimento, de participar da atividade sem a cadeira de rodas. Assim, esses indivíduos passam a ter a mesma oportunidade dos outros de beneficiar-se da participação no esporte (BRASILE et al., 2006).

Considerando os benefícios referentes à prática do esporte adaptado, pode-se afirmar que os principais benefícios para as PCDs estão relacionados com a inclusão e autonomia. Inclusão devido ao reestabelecimento da autoestima, facilitando a integração ou reintegração à sociedade nos casos de lesão adquirida. Autonomia devido aos benefícios específicos de acordo com cada deficiência como a menor incidência de complicações urinárias, úlceras de pressão e doenças cardíacas nos indivíduos com lesão medular e o ganho de força, capacidade de trabalho e consumo de oxigênio para os indivíduos com poliomielite ou distrofia muscular (SARAIVA et al., 2013).

Complementando os benefícios do esporte adaptado para os usuários de cadeira de rodas, Greguol e Gorgatti (2013) destacam ainda que os praticantes de atividade física adaptada apresentam maior facilidade para realizar as transferências da cadeira de rodas, além de apresentarem evolução na capacidade de locomoção.

Dentre as 23 modalidades esportivas paralímpicas disputadas no Rio-2016, sete são praticadas com o uso da cadeira de rodas: basquetebol, bocha, esgrima, rúgbi, tênis de mesa, tênis e tiro com arco (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

Para praticar ou competir em um esporte com o uso da cadeira de rodas o atleta precisa apresentar alguma doença, lesão ou trauma que causou uma imparidade que

forçou a pessoa a utilizar a cadeira de rodas para determinado fim, incluindo a prática de esportes.

Dentre as principais incapacidades permanentes apresentadas por atletas usuários de cadeira de rodas estão:

- Poliomielite: popularmente conhecida como paralisia infantil, é uma doença infectocontagiosa viral aguda que se manifesta por infecções inaparentes ou quadro febril inespecífico. A doença geralmente atinge os membros inferiores, causando flacidez muscular, preservando a sensibilidade, mas o segmento atingido apresenta ausência de reflexos (DURANTE; POZ, 2014).

- Lesão medular: “lesão traumática aguda à medula espinal que resulta em variados graus de comprometimento neurológico sensitivo e motor, e paralisia” (MEDINA, 2015, p. 23), as quais se manifestarão principalmente como paralisia (imobilidade total) ou paresia (imobilidade parcial) dos membros, alteração de tônus muscular, alteração dos reflexos superficiais e profundos, entre outras alterações ou perdas fisiológicas, dependendo do nível da lesão.

- Malformações congênitas: qualquer alteração de ordem estrutural, funcional ou metabólica que causam anomalias físicas ou mentais ao indivíduo. Surgem no período embrionário, mas podem ser detectadas no nascimento ou durante a infância (RAMOS et al., 2008).

- Amputação de membros inferiores: remoção cirúrgica de um ou ambos os membros por causas traumáticas, tumores malignos, lesões nervosas, malformações congênitas ou e lesões térmicas. As complicações de doenças crônicas como diabetes mellitus, aterosclerose, embolias e trombozes arteriais também podem ser causa de amputação (CHAMLIAN; STARLING, 2013).

Ao comparar as modalidades praticadas em cadeira de rodas com as modalidades regulares, praticadas pelas pessoas sem deficiência, percebe-se pouca ou nenhuma diferença nas regras de participação (BRASILE et al., 2006). Segundo Brasile, na maioria das modalidades as regras de participação são diferentes devido ao uso da cadeira de rodas e não devido ao nível da limitação.

3.2 BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS (BCR)

Segundo o Comitê Paralímpico Brasileiro, o BCR foi praticado inicialmente por ex-soldados norte-americanos feridos da Segunda Guerra Mundial, para fins de

reabilitação. Como foi uma das primeiras modalidades praticadas por pessoas com deficiência física, o mesmo fez parte de todas as edições realizadas dos Jogos Paralímpicos. No Brasil, também foi a modalidade pioneira, introduzida por Sérgio Del Grande e Robson Sampaio, a partir de 1958 (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

Inicialmente, a organização do BCR brasileiro era responsabilidade da Associação Brasileira de Desporto em Cadeira de Rodas (ABRADECAR). Mas como não era possível disponibilizar a atenção necessária para o desenvolvimento da modalidade no Brasil, em 1997 foi fundada a Confederação Brasileira de Basquetebol em Cadeira de Rodas (CBBC) o que permitiu o desenvolvimento técnico, tático e tecnológico do esporte, com o constante aprimoramento das cadeiras de rodas utilizadas na prática do BCR (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS, 2017).

O Brasil estreou com a Seleção masculina nos Jogos de Heidelberg, na Alemanha, em 1972, enquanto a Seleção feminina estreou apenas em Atlanta, nos EUA, em 1996. O Brasil ainda não possui medalhas paralímpicas nesta modalidade e as melhores colocações foram obtidas no Rio-2016, com o quinto lugar no masculino e o sétimo lugar no feminino (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS, 2017). Segundo a CBBC (2017), atualmente, no Brasil, há mais de 50 clubes praticando a modalidade presentes em praticamente todos os estados.

A figura seguinte apresenta a atual estrutura do BCR nacional e mundial:

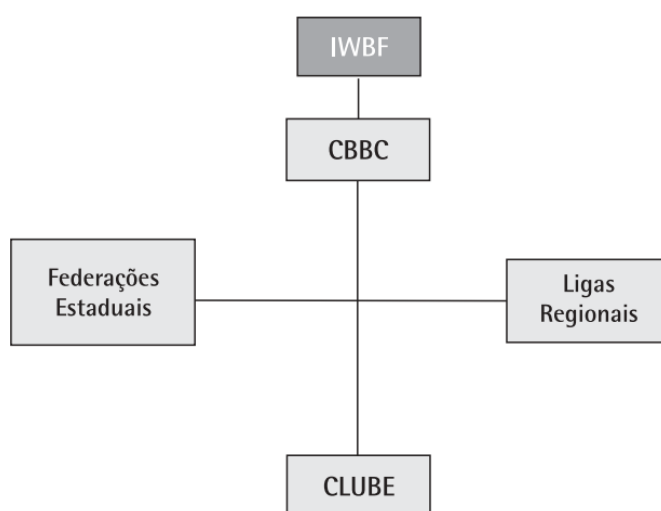


Figura 4 – Estrutura atual do BCR
Fonte: Teixeira e Ribeiro (2006, p. 45)

No Paraná, onde estão concentrados os atletas que fazem parte da população da presente pesquisa, a FPRBCR foi fundada em dezembro de 2006, com o objetivo de fortalecer as equipes atuantes, oportunizando a busca por recursos públicos ou privados. Atualmente a FPRBCR conta com nove equipes inscritas, totalizando 131 atletas (FEDERAÇÃO PARANAENSE DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS, 2017).

O BCR é praticado por homens e mulheres com deficiência física e/ou motora. A quadra e a cesta mantêm-se no padrão do basquetebol convencional³, apresentando cinco atletas de cada equipe dispostos em quadra. As regras também são as mesmas do basquetebol olímpico, com adaptações referentes ao uso da cadeira de rodas (por exemplo, cada jogador deve quicar, arremessar ou passar a bola a cada dois toques de dedo na cadeira). A partida consiste em quatro quartos de 10 minutos cada (COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO, 2017).

As cadeiras de rodas utilizadas para a prática do BCR são adaptadas e padronizadas pelas regras da IWBF, utilizando alumínio em sua estrutura, apresentam design diferenciado e são fabricadas sob medida para cada atleta com o objetivo de contribuir e somar as habilidades desenvolvidas em treino (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006; CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS, 2017).

Segundo Teixeira e Ribeiro (2006), além dos fundamentos técnicos do basquetebol olímpico (como o controle da bola, drible, passe, arremesso e rebote), para iniciar a prática do BCR o atleta precisa aprender, primeiramente, as técnicas de domínio de corpo e da cadeira de rodas (técnica de proteção para queda, propulsão da cadeira de rodas para frente e para trás, frenagem da cadeira de rodas, mudança de direção, largadas e partidas, empinar a cadeira).

Os atletas do BCR são classificados para assegurar que todos os jogadores tenham direitos e oportunidades iguais para ser um membro efetivo de uma equipe, nivelando o potencial funcional para assegurar que o resultado da partida esteja diretamente relacionado às habilidades atléticas e técnicas dos jogadores. A base para a classificação da IWBF (2004, p. 4) é a observação e determinação do “volume de ação”, definido como:

³ No Basquetebol olímpico, a quadra mede 28m de comprimento por 15m de largura e a distância do aro da cesta ao solo mede 3,05m (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006).

O limite que cada jogador pode mover-se de forma voluntária em qualquer direção, e com controle retornar para a posição sentada ereta, sem segurar a sua cadeira de rodas para se equilibrar ou ajudar no movimento. O volume de ação inclui todas as direções, e descreve a posição da bola quando segurada com ambas as mãos.

A classificação funcional é dividida em uma escala que varia de 1 a 4,5 e a soma da classificação dos cinco atletas titulares da equipe não pode ultrapassar 14, conforme exemplo apresentado na seguinte figura:

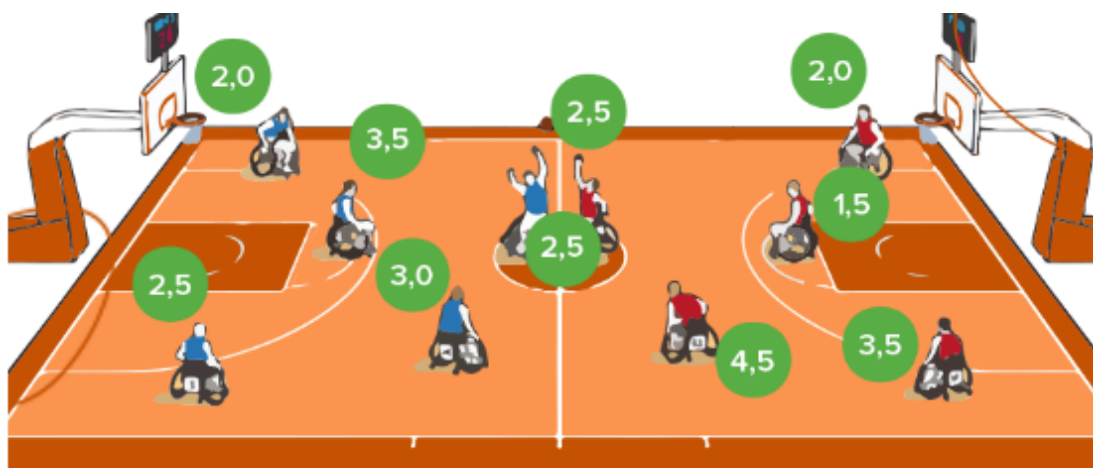


Figura 5 - Classes no BCR.
Fonte: CPB (2017).

Ainda segundo a IWBF (2004), considerando a posição sentada, o atleta pode movimentar-se em três planos: vertical (mantendo a posição ereta, o atleta faz a rotação do tronco para olhar para os lados); frontal (flexionando o tronco à frente, o atleta leva as mãos em direção aos pés e retorna à posição ereta); lateral (o atleta inclina o tronco para a direita e esquerda e volta à posição ereta).

Dessa forma, de acordo com as possibilidades de o atleta movimentar-se nos três planos, as possíveis classificações funcionais para o BCR são:

Volume de ação Pontuação	PLANO VERTICAL	PLANO FRONTAL	PLANO LATERAL
1	Limitado	θ	θ
2	Limitado	Limitado	θ
3	Bom	Total	θ
4	Total	Total	Limitado
4,5	Total	Total	Total

Quadro 6 – Classificação funcional de acordo com o “volume de ação”
Fonte: Adaptado de IWBF (2004).

O jogador ainda pode receber pontuações tipo 1.5, 2.5 ou 3.5, quando o mesmo não pode ser encaixado em uma classe definida, mas apenas receberá esta classificação após exaustiva análise da equipe responsável pela classificação.

Segundo Teixeira e Ribeiro (2006), para participar de competições oficiais, o atleta deve apresentar o cartão de classificação, contendo as informações pessoais, a pontuação da classificação funcional, as marcações das faixas ou acessórios que o atleta utiliza durante o jogo (essas marcações são representadas por símbolos rigorosamente desenhados na figura presente no cartão). Os cartões são entregues ao classificador escalado para o jogo e são devolvidos para os atletas no final do mesmo.

O atleta é classificado nacionalmente na primeira competição oficial (reconhecida pela CBBC), a qual pode ser revisada periodicamente caso o atleta apresente uma doença degenerativa. Para participar de uma competição internacional (reconhecida pela IWBF), o atleta passa por uma banca de classificadores internacionais e a nova classificação deve ser considerada nos eventos seguintes, mas também pode ser revisada em caso de protesto (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006).

Segundo a IWBF (2004), não há uma “deficiência mínima” para jogar BCR, mas para participar de competições, o atleta de BCR deve atender a dois critérios:

1) Não pode correr, pisotear ou pular em velocidade com controle, segurança, estabilidade e resistência de um jogador sem deficiência.

2) Deve ter uma deficiência física permanente nos membros inferiores comprovada por exames médicos e/ou paramédicos como medidas, radiografia, ressonância magnética, tomografia, etc.

3.3 EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES ESPORTIVAS/PARADESPORTIVAS

O paradesporto está incluído na maioria dos programas de reabilitação para PCDs para promover o bem-estar físico e psicológico, enquanto que o esporte paralímpico oferece oportunidades esportivas para atletas com deficiência. No entanto, a participação no esporte está associada a um risco significativo de sofrer lesões e doenças que podem ter efeitos duradouros (FAGHER et al., 2016).

As lesões sofridas durante a prática do paradesporto podem impactar na autonomia da PCD na realização das suas atividades cotidianas, o que também pode impactar na sua percepção da QV (CÔTÉ-LECLERC et al., 2017).

Dessa forma tornam-se extremamente necessários os estudos epidemiológicos na medicina esportiva, para possibilitar o conhecimento acerca das lesões que acometem os atletas e permitir o planejamento das intervenções. Coletando informações como o número, as características e as causas das lesões torna-se possível elaborar medidas preventivas, pois “uma lesão ou doença pode comprometer o rendimento atlético e por em risco anos de preparação em busca de um objetivo” (MEDINA, 2015, p. 44).

Grande exemplo de sistema de supervisão de lesões é o *National Injury Recording System* (NAIRS), que teve início em 1974, nos EUA. O NAIRS foi um dos primeiros órgãos a reunir dados para estudo da epidemiologia de lesões esportivas e segue com o objetivo de obter relatórios confidenciais confiáveis, sobre lesões de todos os níveis de equipes esportivas.

Com o forte apoio de grandes entidades nacionais, o NAIRS foi importante para firmar consideráveis inovações na medicina esportiva, como o uso de códigos funcionais para classificar as lesões e a informatização dos dados, permitindo a personalização de relatórios sobre as lesões (HILLMAN, 2002). Segundo Hillman (2002), o NAIRS coleta dados de atletas do período escolar, profissional, e também da população geral, apresentando como objetivos: a) garantir acesso aos serviços preventivos de saúde e; b) sugerir maneiras de prevenção.

Até 2012, as pesquisas envolvendo a coleta de dados das lesões paradesportivas apresentavam limitações significantes, como falta de consenso sobre a definição da lesão relatável, a não confirmação de diagnósticos médicos, a falta de dados de exposição e pequeno tamanho das amostras. Considerando essas limitações, Derman et al. (2013), com o apoio do IPC, elaboraram o *Injury and Illness Surveillance System* (WEB-IISS), para ser aplicado nos Jogos Paralímpicos de Londres, em 2012.

A metodologia utilizada para a construção do WEB-IISS combinou uma adaptação do sistema de relatório de doença da Copa das Confederações, do Sistema de relatório de doenças do Super Rugby 2010, do Sistema de relatório de doenças e lesões da Copa do Mundo e do sistema de vigilância de lesões e doenças do Comitê Olímpico Internacional (COI). O WEB-IISS também incorporou várias características permitindo mais detalhes clínicos sobre lesões e doenças, bem como dados de exposição a serem capturados. O sistema foi adaptado para ser aplicável aos atletas com deficiência, e as traduções foram disponibilizadas às nações participantes da competição (DERMAN et al., 2013).

O IPC, a partir de 2012, passou a administrar o WEB-IISS com acesso restrito às comissões médicas das equipes pertencentes aos *National Paralympic Committees* (NPCs) nos períodos de competição. O acesso aos dados obtidos pelo sistema também é restrito e cedido apenas a pesquisadores cadastrados junto aos NPCs.

Segundo Fagher et al. (2016), embora o IPC tenha implementado com sucesso um sistema de vigilância epidemiológica durante os Jogos Paralímpicos de 2012, ainda faltam dados prospectivos longitudinais para que seja possível monitorar a etiologia das lesões esportivas no paradesporto como um todo, envolvendo as competições e treinamentos. O autor ainda infere que os sistemas de vigilância devem ser fáceis de usar e acessíveis em uma ampla gama de formas, adaptados para todas as deficiências (FAGHER et al., 2016).

Contudo, os dados obtidos nas Paralimpíadas de Londres em 2012 apontaram uma taxa global de incidência de lesões de 12,7 lesões/1000 dias de competição. As taxas de lesões foram semelhantes em atletas masculinos e femininos. No geral, 51,5% das lesões foram classificadas como agudas e a região mais comumente lesada foi o ombro, seguido de punho/mão, o cotovelo e o joelho (WILLICK et al., 2013).

Tão importante quanto a etiologia das lesões esportivas é o conhecimento sobre as complicações particulares de cada deficiência em cada modalidade do paradesporto. Segundo Medina (2015), no caso das amputações, por exemplo, as assimetrias de movimentos podem resultar em lombalgia e indivíduos com lesão medular, ao apresentarem bexiga neurogênica, podem desenvolver infecções urinárias.

No Brasil, em razão do acesso restrito ao WEB-IISS, alguns pesquisadores desenvolveram protocolos para coleta dos dados, incluindo questionários ou entrevistas, como o Questionário de Lesão no Esporte Adaptado desenvolvido pelo Laboratório de

Prevenção e Reabilitação de Lesões Esportivas (LAPREV) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (LAPREV, 2016).

Além da UFMG, a UNICAMP pode ser citada como outro exemplo notável de universidade que desenvolve pesquisas importantes envolvendo o paradesporto. A Faculdade de Educação Física da UNICAMP conta com o Laboratório de Atividade Motora Adaptada (LAMA), onde são investigados os processos adaptativos e pertinentes ao desenvolvimento motor em indivíduos com deficiência, idosos, sedentários, entre outros.

Segundo Hillman (2002), pesquisas da *National Athletic Trainers Association* (NATA), dos Estados Unidos, apontam que o basquetebol olímpico faz parte da lista de esportes de alto risco, por se classificar como um esporte de contato. Devido à combinação de ações inerentes a modalidade (saltos, corrida e contato físico), apresenta uma grande variação de lesões esportivas. Os membros mais acometidos são: 1º tornozelo/ pé; 2º quadril/ coxa/ perna; 3º joelho; 4º mão/ punho.

Em contrapartida, com relação às modalidades que utilizam a cadeira de rodas, as lesões dos membros superiores são mais comuns, considerando que esses indivíduos estão expostos à sobrecarga desses membros, por utilizá-los como “membro de carga” (as articulações dos ombros são as mais solicitadas nos momentos de transferências e propulsão), além do intenso esforço exigido durante os treinamentos e competições (MEDINA, 2015, p. 45).

Ferreira, Bussmann e Greguol (2014, p. 139) observaram que os atletas de BCR são mais suscetíveis a lesões na região do ombro e que o maior prejuízo dessas lesões é a “consequência negativa para a QV”.

Lesões esportivas são todos os “danos que ocorrem em relação às atividades esportivas” (VITAL et al., 2007). Segundo os autores, o NAIRS complementa o significado de lesões esportivas como “aquelas que limitam a participação do atleta no mínimo até um dia após o acontecimento que provocou a lesão”, enquanto o Conselho Europeu utiliza a definição como “incidente que tem consequências”, como a redução da participação, a necessidade de atendimento médico e efeitos sociais e econômicos adversos (VITAL et al., 2007, p. 166).

As lesões traumato-ortopédicas podem ainda ser classificadas pelo nível da lesão (músculo, tendão e osso); pela gravidade (parcial ou total) e pelo tempo da lesão (aguda ou crônica) (CARAZZATO, 2009). Carazzato ainda infere que a lesão aguda é aquela que ocorre pela primeira vez, apresentando tempo de evolução inferior ao

necessário para sua perfeita cicatrização, enquanto que a lesão crônica pode ser decorrente da lesão aguda e evolui com o tempo devido a gravidade da lesão, tratamento inadequado ou falta do mesmo.

Para Carazzato (2009) as lesões traumato-ortopédicas típicas no esporte são:

- Contusão: lesão produzida por trauma direto, sem que exista um ferimento na pele, que pode formar edema;
- Estiramento: micro lesões de fibras sem apresentar ruptura;
- Ruptura ou distensão muscular: ruptura total ou parcial de fibras musculares;
- Tendinopatias: processos inflamatórios nos tendões;
- Fratura: interrupção na continuidade de um osso;
- Bursite: inflamação da bolsa sinovial;
- Entorse: estiramento dos ligamentos de uma articulação sem apresentar perda de contato entre as superfícies articulares;
- Luxação: perda de contato entre as superfícies articulares.

As lesões esportivas podem apresentar causas devido a fatores extrínsecos, como o local em que o esporte será praticado e o equipamento a ser utilizado (HILLMAN, 2002). No caso do BCR, quanto aos fatores extrínsecos pode-se citar principalmente o tipo de piso da quadra (o qual pode aumentar ou diminuir a velocidade das cadeiras, propiciando as colisões e quedas). Também é importante que as dimensões da cadeira sejam apropriadas para o atleta e que o mesmo esteja com as devidas amarrações indicadas pelo cartão de classificação funcional.

Quanto aos fatores intrínsecos, estes são decorrentes do próprio indivíduo, como idade, sexo, estado psicológico e condição médica (HILLMAN, 2002). No BCR, a condição médica respalda-se principalmente na condição física do atleta, considerando as complicações fisiológicas naturais de cada deficiência apresentada pelos atletas.

Alguns aspectos apresentam-se frequentes entre a literatura sobre as lesões no paradesporto, como a importância da prevenção durante a preparação física dos atletas, o planejamento adequado dos treinamentos, considerando os períodos de competição, o diagnóstico precoce das lesões e o tratamento adequado, garantindo o máximo de benefícios da prática esportiva sem interferir nas atividades de vida diária dos indivíduos.

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1 MÉTODO

O presente estudo seguiu o método científico indutivo por generalizar os aspectos comuns a fatos e fenômenos observados, também aproxima fatos semelhantes, mas não garante a verdade e validade da conclusão (MATTOS; JÚNIOR, BLECHER, 2008).

4.2 DELINEAMENTO

Baseando-se nas formas básicas de classificação das pesquisas, indicadas por Silva e Menezes (2005), segue abaixo a caracterização do presente estudo:

- Quanto à natureza: a pesquisa caracteriza-se como aplicada por gerar dados que poderão ser utilizados em aplicação prática e para a solução de problemas específicos.

- Quanto à abordagem: define-se como quantitativa por utilizar dados numéricos e técnicas estatísticas para expressar e analisar as variáveis do estudo.

- Quanto aos objetivos: define-se como exploratória pelo fato de buscar subsídios para determinar e conhecer o tipo de relação existente entre as variáveis.

- Quanto ao procedimento técnico: define-se como de levantamento por envolver a aplicação de questionários diretamente às pessoas participantes da pesquisa.

Complementarmente a definição apresentada, a pesquisa também se caracteriza como um estudo epidemiológico do tipo transversal (COSTA; KALE, 2002).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Estado do Paraná, localizado na Região Sul do Brasil. O Estado possuía, segundo o Censo de 2010, mais de 10 milhões de habitantes, dentre os quais 706.241 pessoas apresentavam algum nível de deficiência motora (IBGE, 2010).

4.4 POPULAÇÃO

A população foi composta pelos atletas inscritos na FPRBCR, que participaram do Campeonato Paranaense de 2017, totalizando 131 indivíduos, entre homens (n=125) e mulheres (n=6). O período escolhido para a seleção da população foi definido por ser

o período mais recente de atividade esportiva dos atletas e também devido à necessidade de atender os prazos exigidos pelo cronograma do Programa de Mestrado ao qual a pesquisa estava vinculada.

As equipes e suas respectivas cidades que fazem parte da FPRBCR e que definiram a população estão dispostos no Quadro 7.

EQUIPE	CIDADE	Nº DE ATLETAS
Tubarões	Ponta Grossa	12
Lobos	Guarapuava	13
Toledo	Toledo	12
Kings	Maringá	15
Falcão	Castro	15
Harpia da Fronteira	Foz do Iguaçu	14
APAC	Cascavel	15
ADAPP	Pinhais	19
ADFP	Curitiba	16
	TOTAL	131

Quadro 7 – Equipes inscritas na FPRBCR no ano de 2017.

Fonte: autoria própria

Para participar da pesquisa, o atleta deveria atender aos critérios de inclusão pré-estabelecidos:

- a) Estar inscrito na FPRBCR para o Campeonato Paranaense de 2017;
- b) Ter 18 anos ou mais.

Todos os 131 atletas foram convidados a participar da pesquisa, caracterizando o censo. Foi necessário estipular a faixa etária de 18 anos de idade ou mais, pela inviabilidade de adquirir a autorização dos pais ou responsáveis, através da internet, para os atletas com menos de 18 anos de idade.

4.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variáveis independentes

Segundo Prodanov e Freitas (2013), variáveis independentes são aquelas capazes de influenciar, determinar ou afetar outras variáveis, compõem o fator determinante, buscam explicar os fenômenos e podem ser manipuladas e quantificadas. Neste estudo foram representadas:

- Pelas características sociodemográficas (gênero, idade, renda, escolaridade e estado civil);

- Pelos fatores relacionados à deficiência (tipo e tempo que o atleta apresentava a deficiência);

- Pelos fatores referentes à prática do BCR (classificação funcional, tipo e tempo de uso da cadeira, o uso ou não de muleta ou bengala, a frequência nos treinos no BCR e a prática de outro treino paralelo ao BCR);

- Pela presença das lesões traumato-ortopédicas relatadas pelos atletas.

4.5.1.1 Características sociodemográficas, fatores relacionados à deficiência e à prática do BCR

Os dados sobre as características sociodemográficas, os fatores relacionados à deficiência e a prática do BCR foram coletados por meio de um questionário estruturado (Sobre Você – Anexo A). O questionário “Sobre Você” foi anexado ao questionário de QV, tendo suas questões respondidas antes do mesmo. A variável idade foi respondida através de questão aberta. Todas as variáveis categóricas foram codificadas para fins de análise estatística.

4.5.1.2 Lesões traumato-ortopédicas

Levou-se em consideração as lesões sofridas nos últimos 12 meses. Como lesão reportável utilizou-se a indicação da NAIRS: lesão do aparelho locomotor (envolvendo músculo, tendão e/ou articulação) que resultou em qualquer restrição na participação ou desempenho esportivo (HILLMAN, 2002).

Considerando que o IPC limita o acesso ao questionário sobre lesões sofridas no paradesporto e que não há na literatura um questionário validado para a população paradesportiva brasileira que envolva o levantamento epidemiológico das lesões traumato-ortopédicas, este estudo apresenta uma proposta de questionário estruturado (Anexo C), baseado no questionário desenvolvido pelo LAPREV-MG e pelo questionário utilizado pela NAIRS. Também foram consideradas as indicações do protocolo *Sports Related Injuries and Illnesses in Paralympic Sport Study* (SRIIPSS), elaborado por Fagher et al. (2016).

O LAPREV-MG preocupa-se com o levantamento das possíveis regiões do corpo que sofreram a lesão, os possíveis tipos de lesão, o ambiente, a severidade e o mecanismo da lesão. O atleta ainda reporta se a lesão é aguda ou crônica. A NAIRS especifica as condições de jogo, como por exemplo, em qual momento de jogo o atleta

estava no momento da lesão. Também considera se a lesão ocorreu em treinamento, competição ou em outras condições relacionadas a prática esportiva.

Sobre o SRIIPSS, Fagher et al. (2016) inferem que há a necessidade de especificar no questionário a modalidade praticada, considerar as pontuações médicas e terapêuticas, a deficiência e a classificação funcional do atleta.

O questionário sobre lesões no BCR foi aplicado online, através de um link ou fisicamente por meio de questionário impresso. O objetivo desse questionário foi fazer o levantamento da frequência e distribuição das lesões sofridas pelos atletas da modalidade BCR.

Na proposta desse estudo foram incluídas pequenas descrições com base em Carazzato (2009), para auxiliar os atletas na indicação do tipo de lesão, no caso de não haver diagnóstico médico.

4.5.2 Variável dependente

Segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 91), as variáveis dependentes “correspondem aos fenômenos a serem explicados”. Neste estudo foi representada pela percepção da QV.

4.5.2.1 Percepção da QV

O instrumento utilizado para conhecer a percepção sobre a QV dos atletas foi o WHOQOL-DIS-PD, composto pelo WHOQOL-bref (versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS) junto com o módulo adicional direcionado para pessoas com deficiência física (Anexo B). O questionário foi validado em uma amostra da população brasileira por Bredemeier et al. (2014).

Assim como o questionário sobre lesões no BCR, o WHOQOL-DIS-PD também foi aplicado online e fisicamente. Nas duas formas de preenchimento não houve qualquer intervenção por parte do pesquisador.

Os atletas foram identificados pelo nome a fim de possibilitar a associação das informações obtidas nos diferentes instrumentos, porém, em nenhum momento os nomes foram divulgados. Durante o processo de análise dos dados os nomes dos atletas foram substituídos por números.

No quadro a seguir, há uma síntese das variáveis envolvidas no presente estudo e suas respectivas escalas de medida e categorias consideradas para determinar a relação entre as variáveis no momento das análises estatísticas.

Tipo	Variável	Escala	Categorias
Dependente	Qualidade de vida	Categórica	1. Insatisfeito QV (≥ 6 respostas 1 e 2) 0. Satisfeito QV (≤ 5 respostas 1 e 2)
	Estado civil		1. Casado/ morando com alguém 2. Solteiro/ divorciado
Independentes	Circunstâncias habitacionais	Categórica	1. Vivendo em casa sem apoio 2. Vivendo em casa com apoio
	Escolaridade		1. \geq Ensino Superior 2. \leq Ensino Médio
	Estado de saúde		1. Está doente 2. Não está doente
	Utilização da cadeira de rodas		1. O tempo todo 2. Apenas no BCR
	Frequência de treinamento		1. ≤ 2 x p/ semana 2. ≥ 3 x p/ semana
	Realiza treinamento físico paralelo		1. Não 2. Sim
	Utiliza muleta ou bengala		1. Não 2. Sim
	Classificação funcional		1. 1,0 a 2,5 2. 3,0 a 4,5
	Presença de lesão		1. Com lesão 2. Sem lesão
	Impacto da deficiência sobre a vida		1. Quase nada 2. Ligeiramente 3. Moderadamente 4. Profundamente/ Severamente
	Ocupação		1. Aposentado 2. Trabalho remunerado 3. Desempregado 4. Estudante
	Renda		1. Abaixo da média 2. Na média 3. Acima da média
	Idade		Numérica
	Tempo de BCR		
	Tempo com deficiência		

Quadro 8 – Variável dependente e variáveis independentes relacionadas no estudo.

Fonte: autoria própria

4.6 COLETA DOS DADOS

A autorização para a coleta de dados (Anexo D) se deu pelo contato direto entre a pesquisadora e o presidente da FPRBCR – Gestão 2013/2016, o qual disponibilizou o contato dos responsáveis de cada equipe e o cadastro de todos os atletas inscritos no Campeonato de 2016. A relação dos atletas inscritos no Campeonato de 2017 foi obtida através do site da FPRBCR.

De posse da relação, em janeiro de 2017 foi enviado um e-mail para os representantes das equipes solicitando aos mesmos que comunicassem o convite para participar da pesquisa aos respectivos atletas. O representante de uma das equipes respondeu o e-mail informando que o pedido de autorização deveria ser feito à Associação de Deficientes Físicos do Paraná (ADFP), pois a sua equipe estava vinculada a ela. Um e-mail foi enviado para a ADFP contendo todas as informações referentes à pesquisa e a solicitação de autorização para a coleta de dados. No entanto, até o término da coleta de dados a ADFP não retornou à solicitação.

Todos os questionários foram adaptados para a plataforma do *Google Docs*®. Para adaptar o questionário de Lesões no Esporte Adaptado para a plataforma, a pesquisadora solicitou a ajuda de um especialista da área da tecnologia da informação. A sua função resumia-se a realizar adequações necessárias na plataforma, acompanhar as respostas dos atletas e tabular os dados referentes às lesões reportadas. O referido especialista ainda criou os links para os questionários de QV e de Lesões.

Após a elaboração dos links, em julho de 2017, foram enviados os e-mails para os atletas contendo um convite para participarem da pesquisa, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e os links para acesso aos questionários:

- Link para o questionário sobre QV (Sobre Você, WHOQOL-bref e WHOQOL-DIS-PD):
<http://bit.ly/qualivida2017>
- Link para o questionário sobre LESÕES ESPORTIVAS:
<http://bit.ly/lesaoesportiva>

A coleta online mostra-se muito vantajosa atualmente devido a vários fatores. Algumas vantagens foram citadas por Faleiros et al. (2016):

- Possibilidade de atingir um amplo território geográfico com custos baixos;
- Preenchimento por vários participantes ao mesmo tempo;
- Ausência de influência do pesquisador;

- Possibilidade de preenchimento do questionário no local e horário mais cômodo para o participante;
- Dados transferidos automaticamente para uma planilha de análise, reduzindo o tempo de digitação.

A versão online dos questionários foi respondida por 37 (63,7%) atletas. Tendo em vista que algumas equipes reportaram a dificuldade que alguns atletas apresentaram em acessar a internet, houve a necessidade de enviar vias impressas dos questionários para 21 (36,3%) atletas. Entre as versões online e impressa dos questionários havia uma diferença na apresentação das opções de respostas do WHOQOL-DIS-PD. Na versão online as opções estavam apresentadas em sequência, para cada questão, enquanto na versão impressa, para reduzir o volume de folhas do questionário, as questões mantiveram a apresentação original em forma de tabela.

Com o retorno dos questionários impressos para a pesquisadora, as respostas foram repassadas para os links para que os mesmos fossem tabulados da mesma forma. A coleta de dados ocorreu de julho de 2017 a 31 de janeiro de 2018.

4.7 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico foi realizado ao término da coleta por meio do programa SPSS, versão 15.0 *for Windows*. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para analisar a distribuição dos dados e os mesmos apresentaram-se normais ($p=0,041$).

A força e o sentido da associação entre a variável dependente (percepção da QV) e variáveis independentes (presença de lesão e informações sociodemográficas) foram analisadas por meio do teste de regressão de Poisson. Segundo Barros et al. (2012), a regressão de Poisson tem sido um dos procedimentos mais utilizados para determinação de medidas de associação. Esse teste permite analisar simultaneamente a relação entre vários fatores de exposição (variáveis independentes) com um determinado desfecho dicotômico (variáveis dependentes).

Para a análise da razão de chances foram consideradas as variáveis de exposição (variáveis independentes) e de desfecho (variável dependente). Foi calculada a razão de chances para verificar quantas vezes é maior a chance de um atleta de BCR com ou sem lesão apresentar percepção insatisfatória da QV.

Com a finalidade de compreender o nível de associação entre as informações relacionadas ao BCR e a presença de lesão, também foi aplicado para este fim o teste de Regressão de Poisson.

O teste t para grupos independentes (teste t de *student*) foi aplicado com a finalidade de comparar a diferença entre a média geral e por domínio da QV dos atletas com e sem lesão.

Para analisar a força e o sentido da relação entre a idade e o tempo de BCR com a média geral e por domínio da QV foi aplicado o teste de correlação de Pearson.

4.7.1 Ponto de corte para a percepção da QV

Segundo Silva et al. (2014), não existem pontos de corte que determinem escore abaixo ou acima do qual se possa avaliar o nível da QV como ruim (insatisfatório) ou bom (satisfatório). Assim, considerando a necessidade do presente estudo em dividir a amostra em atletas com percepção negativa da QV e percepção positiva da QV, aqui nomeados como “nível de QV insatisfatório” e “nível de QV satisfatório”, respectivamente, optou-se por adotar um ponto de corte baseado na quantidade média de respostas 1 e 2.

As questões do WHOQOL-bref e do WHOQOL-DIS possuem cinco escalas de respostas do tipo Likert. As repostas 1 e 2 (ou 5 e 4 para as questões invertidas) referem-se às percepções “muito ruim e ruim” (escala de avaliação), “muito insatisfeito e insatisfeito” (escala de avaliação), “Nada e muito pouco” (escala de intensidade), “nada e muito pouco” (escala de capacidade) e “nunca e algumas vezes” (escala de frequência) (FLECK, 2008).

Em média, o grupo de atletas de BCR apresentou 5,2 respostas entre 1 e 2 somando-se as questões de ambos os instrumentos do WHOQOL (já convertidas as questões com respostas invertidas). Dessa forma, os atletas com até cinco (5) respostas ou menos entre 1 e 2 foram classificados com nível de QV satisfatório. Já os atletas com 6 ou mais respostas entre 1 e 2 foram classificados com nível de QV insatisfatório.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Baseado nas preocupações éticas e metodológicas discutidas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012), o presente estudo teve o seu projeto de pesquisa encaminhado à Comissão

de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa (COEP-UEPG), o qual foi aprovado sob o parecer nº 1.708.464 (Anexo F).

5. RESULTADOS

5.1 POPULAÇÃO - RESPONDENTES E PERDAS

A coleta de dados iniciou-se em julho de 2017 com a população de 131 atletas. Até o término da coleta, em janeiro de 2018, 58 (44,3%) atletas aceitaram participar da pesquisa, dentre os quais 37 atletas responderam os questionários de forma online e 21 por meio do material impresso.

A tabela a seguir apresenta o número de atletas respondentes e perdas de cada equipe:

Tabela 1 – Representatividade das equipes na população respondente.

Equipe	Atletas inscritos (n)	Respondentes (n)	Perdas (n)
Tubarões	12	11	1
Lobos	13	10	3
Toledo	12	8	4
Kings	15	7	8
Falcão	15	9	6
Harpia da Fronteira	14	3	11
APAC	15	9	6
ADAPP	19	1	18
ADFP	16	0	16
TOTAL	131	58	73

Fonte: autoria própria

Foram considerados como perdas os atletas que não participaram dos treinos ou competições no decorrer do ano, que declaram não aceitar participar da pesquisa ou não responderam os questionários até a data de término da coleta de dados.

No total, foram constatadas 73 perdas, dos quais 52 atletas não retornaram as mensagens de e-mail do convite para participar da pesquisa, 5 deixaram os treinos e se desligaram da equipe e 16 recusaram participar.

5.2 QUESTIONÁRIO “SOBRE VOCÊ”

A população respondente foi composta por 56 atletas do sexo masculino e duas atletas do sexo feminino, com média de idade de 35,75 anos. Com relação ao estado civil, 51,7% relataram estar solteiros e 74,1% vivem em casa sem a necessidade de apoio. Cinco atletas não residem no Paraná, mas estão inscritos na FPRBCR. Sobre o nível de educação recebido, 74,1% relataram ter até o ensino médio e 25,9% o ensino superior ou mais.

Ao avaliar a situação financeira da amostra, comparando com as outras pessoas do país, 58,6% consideram sua renda na média da população. Ao serem questionados quanto sua ocupação, 27,6% dos atletas possuem trabalho remunerado e outros 27,6% estão aposentados.

Sobre o estado de saúde, 15,5% relataram estar doentes ou com problema de saúde. Foram citados problemas como escaras, adenocarcinoma, ansiedade, depressão, diabetes, hipertensão, gastrite e dores crônicas.

Todos os atletas entendem que têm uma deficiência, mas ao comparar a questão do questionário Sobre Você, que antecede o WHOQOL-DIS-PD (Se você entende que tenha uma deficiência, o que você entende que é?), com a questão referente às informações do BCR (Qual é a doença/deficiência que o qualifica a ser um atleta do Basquetebol em Cadeira de Rodas?), 13 atletas não relacionaram a deficiência especificamente com a doença, mas com as limitações causadas pela doença. Por exemplo, o respondente de nº 21 relatou na primeira pergunta “Falta de movimento para algumas atividades” e, na pergunta do BCR sua resposta foi “Poliomielite”.

A Tabela 2 apresenta as doenças/deficiências apontadas pelos atletas no questionário do BCR:

Tabela 2 – Doenças/deficiências que qualificam os atletas a serem jogadores do BCR.

Doença/deficiência	Nº de atletas
Mielomeningocele	6
Poliomielite	14
Lesão medular	18
Amputação	14
Má formação congênita	3
Paralisia cerebral	1
Outras	2
Total	58

Fonte: autoria própria

Em relação há quanto tempo apresentam a deficiência, 41,3% dos atletas relataram ter nascido ou adquirido antes dos cinco anos de idade. A média de tempo com deficiência da população foi de 21,22 (16,11) anos.

Sobre quão visível é a deficiência, 62,7% indicaram a opção totalmente, em contrapartida, apenas 15,3% relataram que a deficiência afeta severamente ou profundamente sua vida.

5.3 QUESTIONÁRIO “SOBRE O BCR”

A média de tempo que os atletas praticam o BCR é de 6,18 (4,83) anos. Nove atletas relataram estarem afastados dos treinos de BCR, dos quais três por motivo de saúde e seis por outras razões, enquanto que 72,9% relataram estarem treinando duas ou mais vezes por semana. Ainda, 46,5% indicaram que realizavam algum tipo de treinamento físico paralelo ao BCR. Desses, 48,3% praticavam musculação e os demais relataram a prática de treino físico específico para o BCR na quadra de treino. A frequência semanal de treinamento paralelo variou entre duas vezes (60,3%) e três vezes por semana (39,7%).

Com relação ao uso da cadeira de rodas e muleta/bengala, 48,3% utilizam a cadeira de rodas apenas para a prática do basquetebol e 84,5% usam muleta ou bengala para se locomoverem diariamente.

5.4 QUESTIONÁRIO “WHOQOL-DIS-PD”

O Gráfico 1 apresenta os resultados obtidos a partir da aplicação do WHOQOL-bref. O escore “Total” presente neste gráfico não faz parte da sintaxe original do WHOQOL-bref, para a apresentação desse escore, utilizou-se a média aritmética simples entre todas as questões do instrumento.

Considerando que quanto maior o escore, mais positiva é a percepção dos atletas com relação aos domínios, é possível observar uma percepção mais positiva nos domínios psicológico e relações sociais.

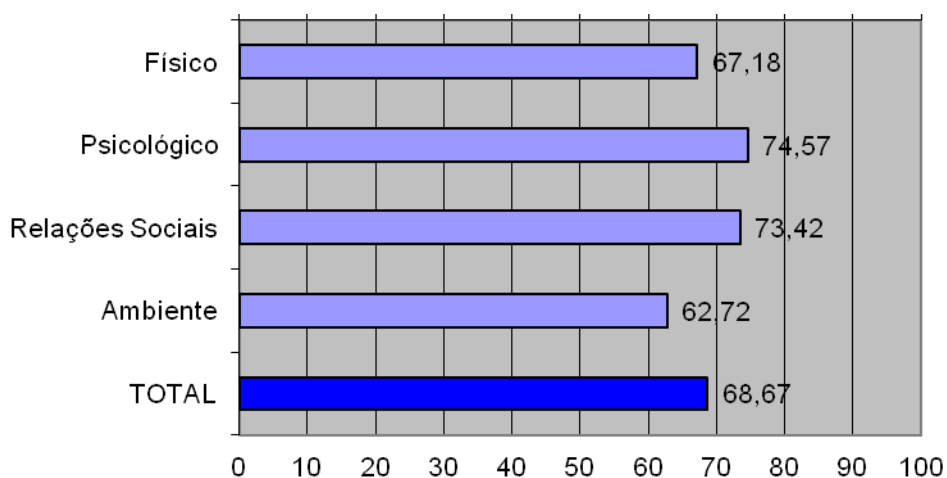


Gráfico 1 – Escores dos domínios do WHOQOL-bref.

Fonte: autoria própria

No Gráfico 1 é possível perceber que o domínio ambiente apresentou o escore mais baixo. Com relação às facetas dos domínios, as que apresentaram os escores mais baixos foram recursos financeiros (47,41) e cuidados de saúde (54,31).

O Gráfico 2 apresenta os resultados obtidos com as facetas do WHOQOL-bref. Para o cálculo desses escores houve a conversão das facetas invertidas, de forma que, em todos os casos, quanto mais próximo da pontuação 0, mais negativo é o resultado e, por sua vez, quanto mais próximo de 100, mais positivo é o resultado.

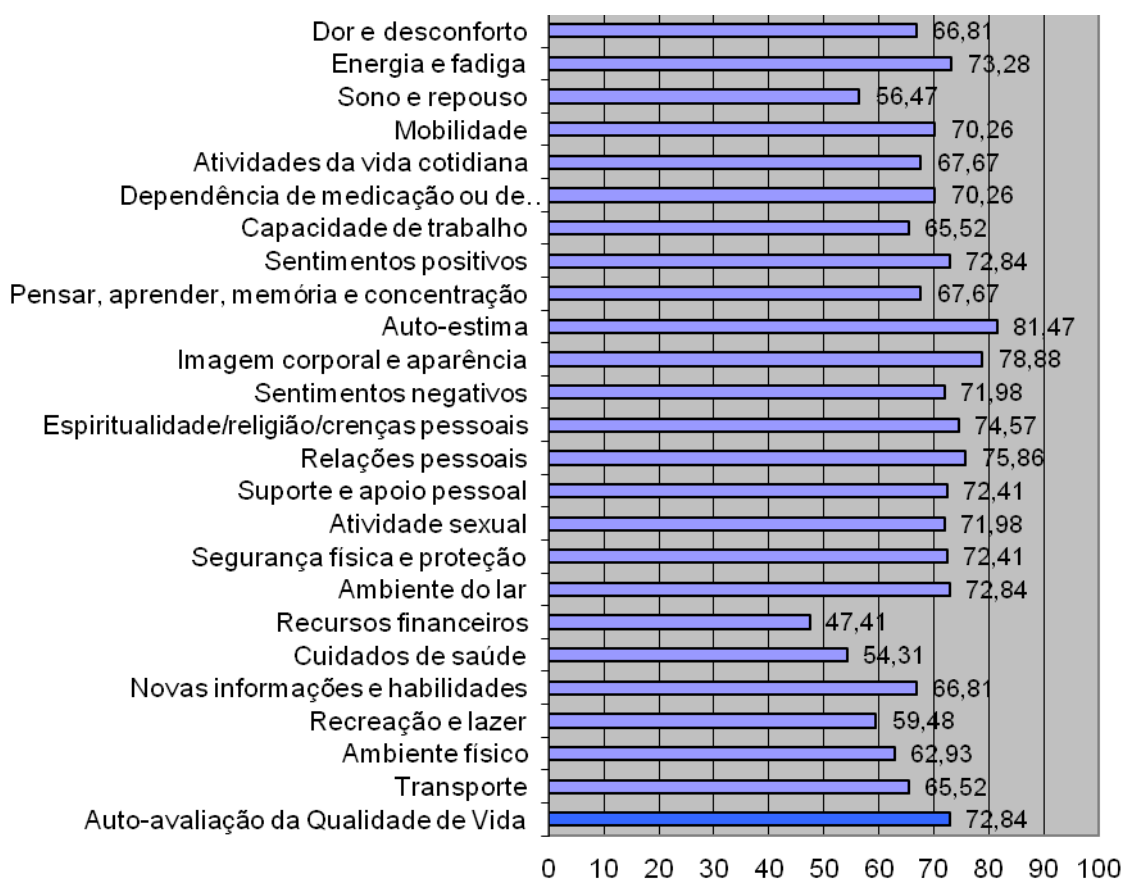


Gráfico 2 – Escores das facetas do WHOQOL-bref.
Fonte: autoria própria

No domínio psicológico, duas facetas apresentaram escores altos: autoestima (81,47) e imagem corporal e aparência (78,88). No domínio físico, o maior escore foi encontrado na faceta energia e fadiga (73,28).

Os escores dos resultados obtidos com o WHOQOL-DIS estão apresentados no Gráfico 3. Para o cálculo do escore “Total”, não previsto pelo Grupo WHOQOL, foi utilizado a média aritmética simples entre todas as questões do instrumento.

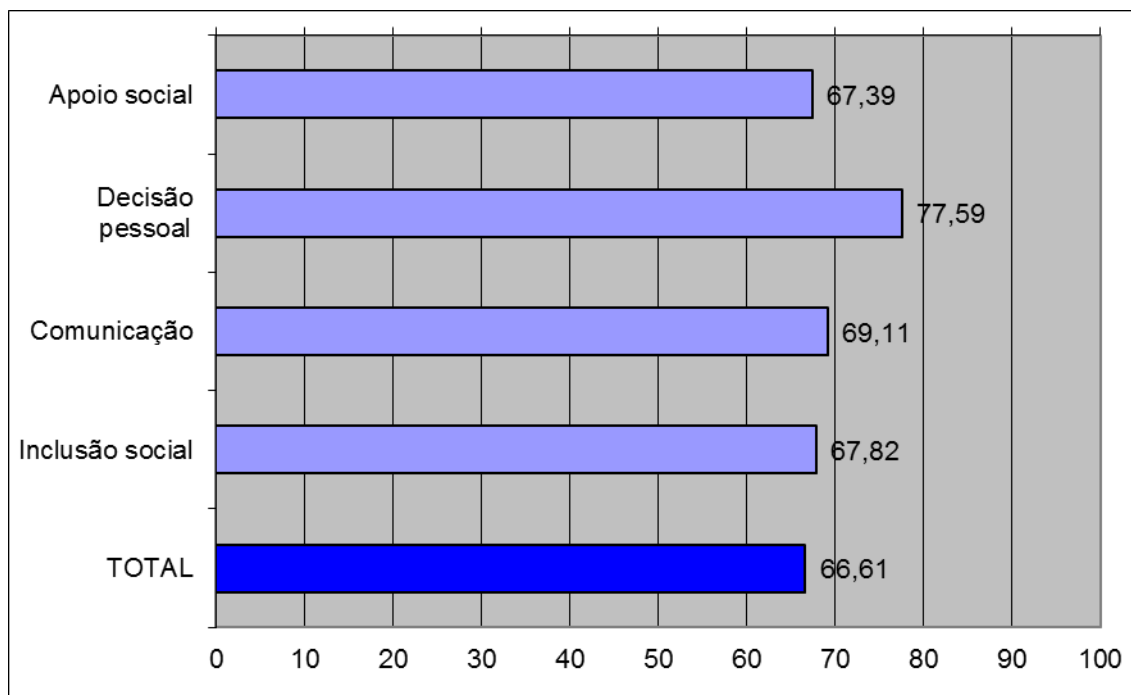


Gráfico 3 – Escores dos domínios do WHOQOL-DIS.

Fonte: autoria própria

Considerando que quanto maior o escore mais positiva é a percepção dos atletas com relação aos domínios, é possível observar que o domínio que apresentou o escore mais alto e conseqüente percepção mais positiva foi o domínio decisão pessoal. As facetas que correspondem a esse domínio estão relacionadas ao controle da vida, ao poder de decisão e a autonomia. Todas essas facetas apresentaram escores acima de 75, conforme apresentado no Gráfico 4.

O Gráfico 4 apresenta os resultados obtidos com as facetas do WHOQOL-DIS-PD. Para o cálculo desses escores também houve a conversão das facetas invertidas.

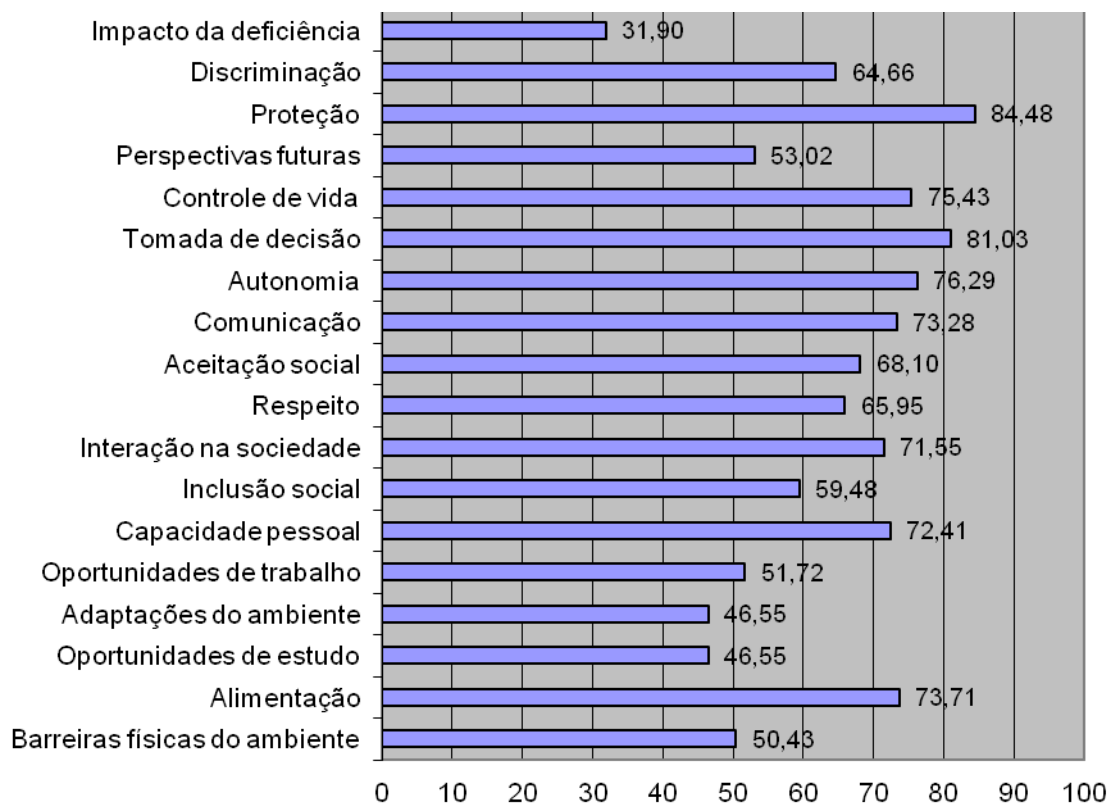


Gráfico 4 – Escores das facetas do WHOQOL-DIS.

Fonte: autoria própria

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de associação entre a percepção da QV com as variáveis independentes.

Tabela 3 – Nível de associação entre a percepção da QV e variáveis independentes em atletas de BCR. Paraná, Brasil.

(continua)				
Variáveis numéricas	\bar{x} (DP)	β	p	Razão de Chances (IC 95%)
Idade	35,75 (11,21)	-0,032	0,158	0,969 (0,927-1,012)
Tempo no BCR	6,18 (4,83)	-0,030	0,541	0,970 (0,880-1,070)
Tempo com deficiência	21,22 (16,11)	0,000	0,965	1,000 (0,982-1,020)
Variáveis categóricas	Satisfeito QV (n=32)	Insatisfeito QV (n=26)	p	Razão de Chances (IC 95%)
Estado Civil				
Casado/Morando com alguém (n=28)	50,0%	50,0%	0,885	1,055 (0,507-2,197)
Solteiro/Divorciado (n=30)	60,0%	40,0%		1
Circunstâncias Habitacionais				
Vivendo em casa sem apoio (n=43)	65,1%	34,9%	0,283	0,664 (0,314-1,402)
Vivendo em casa com apoio (n=15)	26,7%	73,3%		1

Variáveis categóricas	Satisfeito QV (n=32)	Insatisfeito QV (n=26)	p	(conclusão)
				Razão de Chances (IC 95%)
Escolaridade				
≥ Ensino Superior (n=15)	60,0%	40,0%	0,915	0,958 (0,438-2,098)
≤ Ensino médio (n=43)	53,5%	46,6%		1
Estado de Saúde				
Está doente (n=9)	11,1%	88,9%	0,012*	2,403 (1,213-4,760)
Não está doente (n=49)	63,3%	36,7%		1
Impacto da deficiência sobre a vida				
Quase nada (n=21)	76,2%	23,8%	0,207	0,487 (0,155-1,525)
Ligeiramente (n=7)	57,1%	42,9%	0,759	1,183 (0,404-3,463)
Moderadamente (n=21)	42,9%	57,1%	0,369	1,446 (0,647-3,231)
Profundamente (n=9)	33,3%	66,7%		1
Ocupação				
Aposentado (n=16)	43,8%	56,2%	0,583	1,473 (0,369-5,785)
Trabalho remunerado (n=16)	75,0%	25,0%	0,608	0,663 (0,138-3,186)
Desempregado (n=21)	52,4%	47,6%	0,552	0,708 (0,227-2,212)
Estudante (n=5)	40,0%	60,0%		1
Renda				
Abaixo da média (n=19)	31,6%	68,4%	0,911	0,895 (0,128-6,270)
Na média (n=34)	64,7%	35,3%	0,491	0,551 (0,101-3,008)
Acima da média (n=5)	80,0%	20,0%		1
Uso de Cadeira de Rodas				
O tempo todo (n=30)	53,3%	46,7%	0,130	0,573 (0,279-1,178)
Apenas para o BCR (n=28)	57,1%	42,9%		1
Frequência de Treinamento				
≤ 2 vezes por semana (n=35)	54,3%	45,7%	0,139	0,578 (0,280-1,195)
≥ 3 vezes por semana (n=23)	56,5%	43,5%		1
Treinamento Paralelo				
Não (n=27)	59,3%	40,7%	0,245	0,652 (0,317-1,342)
Sim (n=31)	51,6%	48,4%		1
Sofreu lesão nos últimos 12 meses				
Sim (n=25)	44,0%	56,0%	0,489	1,267 (0,648-2,476)
Não (n=33)	63,6%	36,4%		1

* Associação foi significativa ao nível de 95%; \bar{x} = Média aritmética. DP = Desvio Padrão; β = Valor de Beta do teste de regressão de Poisson; p = Valor de p do teste de regressão de Poisson; IC = Intervalo de Confiança; n = Tamanho do grupo.
Fonte: autoria própria.

Na Tabela 3 é possível perceber que apenas uma variável apresentou associação significativa com a percepção da QV, permitindo afirmar que, para esta população, os

atletas que relataram estar doentes apresentaram uma chance 2,4 vezes maior de apresentar insatisfação com a QV.

A análise da correlação entre a idade e o tempo de prática de BCR com os domínios de QV pode ser verificada na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4 – Análise da correlação entre idade e tempo de BCR com a média geral e domínios de QV dos atletas de BCR. Paraná. Brasil.

Variável	Idade		Tempo de BCR	
	r ¹	p ²	r ¹	p ²
Média geral de QV	-0,068	0,611	0,057	0,671
WHOQOL-BREF				
Físico	0,035	0,793	0,241	0,069
Psicológico	-0,052	0,701	-0,021	0,879
Relações Sociais	-0,024	0,859	0,065	0,626
Ambiente	-0,267*	0,042	-0,204	0,125
WHOQOL-DIS				
Apoio Social	-0,013	0,921	0,285*	0,030
Decisão Pessoal	0,110	0,411	0,153	0,252
Comunicação	0,069	0,609	0,047	0,726
Inclusão Social	-0,048	0,719	-0,221	0,095

¹ Valor de r do teste de correlação de Pearson. ² Valor de p do teste de correlação de Pearson. * Correlação significativa ao nível de 0,05.

Fonte: autoria própria.

Os resultados apresentados na Tabela 4 mostram que houve uma correlação significativa entre a idade e o domínio ambiente ($r=-0,267$; $p=0,042$), o que significa que quanto maior a idade do atleta, mais negativa é a sua percepção em relação as facetas referentes a esse domínio.

Os resultados expostos na Tabela 4 também apresentam uma correlação significativa entre o tempo de prática do BCR e o domínio apoio social ($p=0,030$). Considerando que o valor de r foi positivo ($r=0,285$), pode-se afirmar que quanto maior o tempo de BCR, mais positiva é a percepção do atleta sobre as facetas referentes ao domínio apoio social.

5.5 QUESTIONÁRIO “LESÃO NO ESPORTE ADAPTADO”

Entre os atletas que responderam os questionários, 25 (43,1%) indivíduos relataram ter apresentado algum tipo de lesão (ou lesões) que resultou em qualquer restrição na participação ou desempenho esportivo nos últimos 12 meses.

Sobre a região do corpo lesionada, 24% indicaram mais de uma região lesionada, totalizando 40 lesões sofridas nos últimos 12 meses pelos atletas respondentes.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição das 40 lesões reportadas considerando as regiões do corpo que sofreram as lesões. É possível perceber que 75% das lesões foram sofridas nos membros superiores, com maior porcentagem nos ombros, seguido de punho e antebraço.

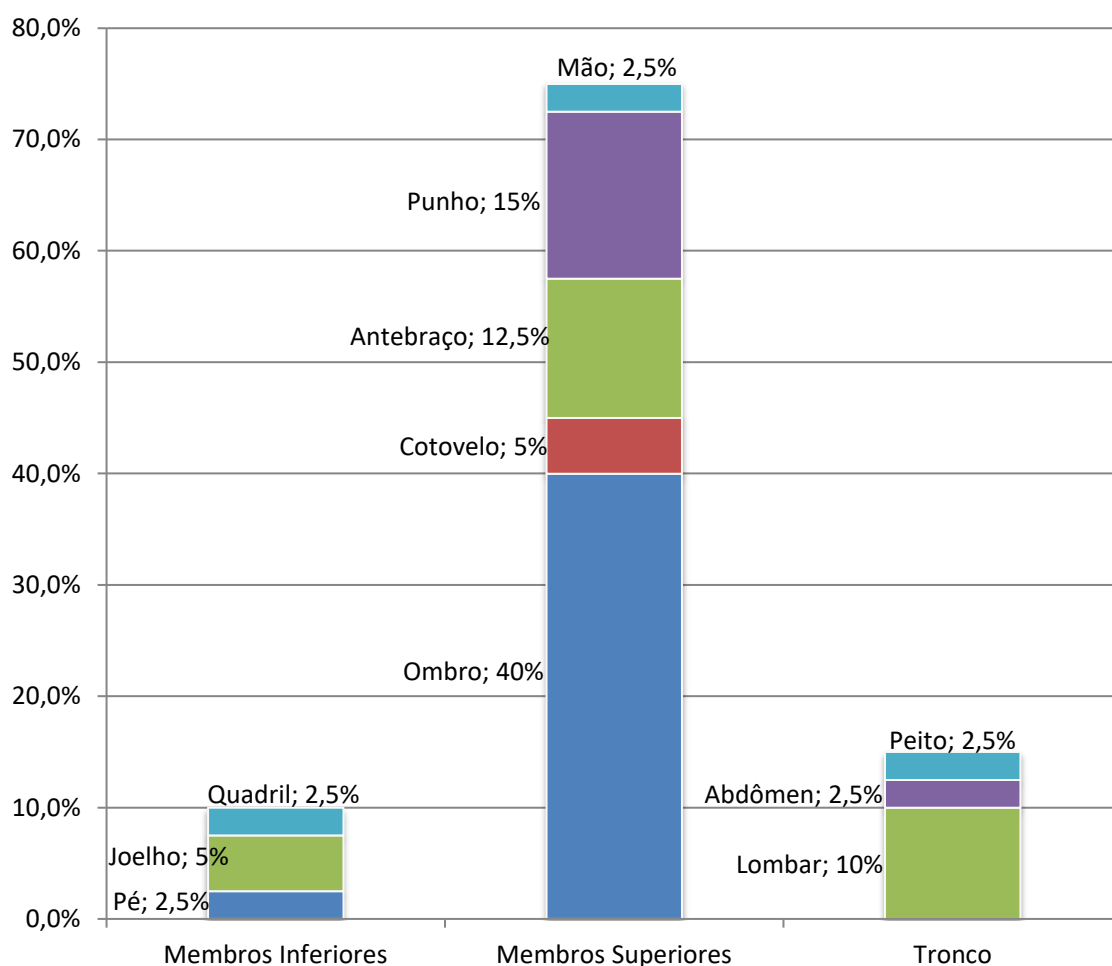


Gráfico 5 – Regiões lesionadas referentes ao total de lesões sofridas nos últimos 12 meses.
Fonte: autoria própria.

Quanto à severidade da lesão, 30% indicaram a opção “leve”, com ausência ou limitação funcional por 1 a 7 dias, 37% apontaram a opção “moderada”, a qual indica ausência ou limitação funcional por 8 a 21 dias e 33% apontaram a opção “severo”, a qual indica a ausência ou limitação funcional por mais de 21 dias. Verificou-se ainda que 80% precisaram de atendimento médico e exames de imagem para diagnóstico, e que apenas dois atletas indicaram ter sido necessário tratar da lesão com procedimento cirúrgico.

Sobre a frequência das lesões reportadas, 25% das lesões eram novas e 75% recorrentes. Dentre as lesões recorrentes, 40% foram complicações relacionadas ao BCR e 60% foram complicações não relacionadas ao BCR. As lesões mais relatadas foram: contusão (22%), estiramento (22%) e bursite (20%), conforme apresentadas no Gráfico 6.

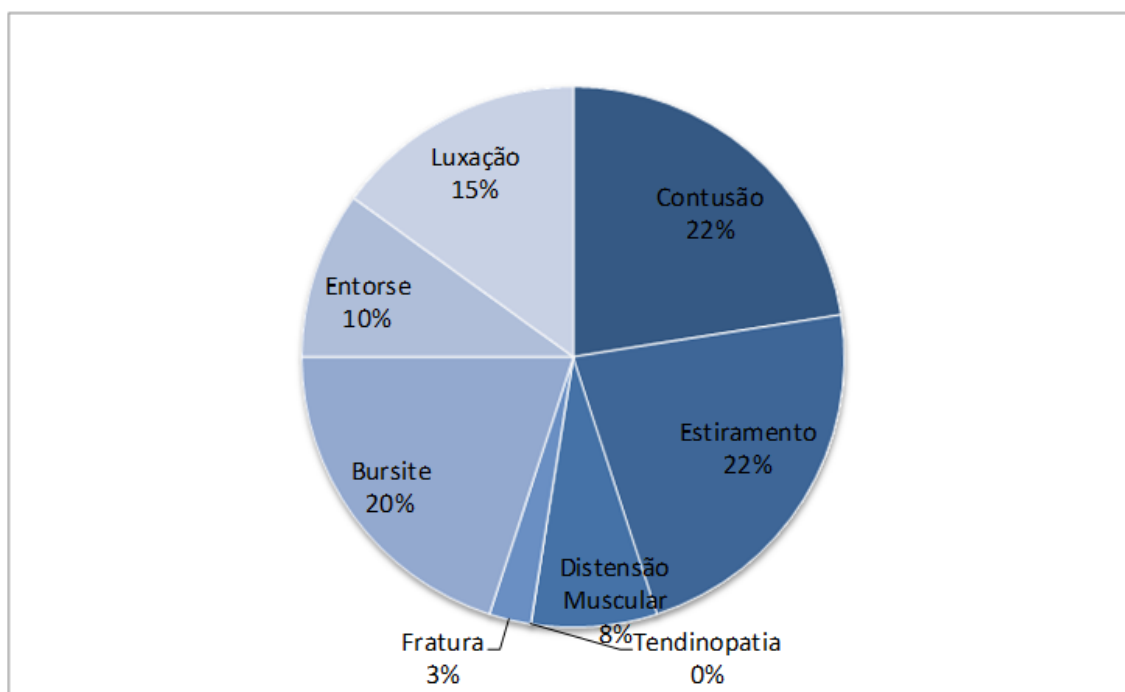


Gráfico 6 – Tipos de lesões reportadas referentes ao total de lesões sofridas nos últimos 12 meses.
Fonte: autoria própria.

Com relação ao momento de ocorrência da lesão, 27,5% indicaram que as lesões ocorreram durante o treino, 47,5% durante a competição e 25% indicaram que a lesão não ocorreu durante a prática do BCR.

Dentre as lesões sofridas durante a prática do BCR, 26,9% não definiram o momento exato de ocorrência da lesão, 20% relacionaram a lesão à queda e 16,6% relacionaram a lesão à finalização (arremesso).

Para comparar o total de lesões reportadas com a classificação funcional dos atletas, apresentamos o Gráfico 7.

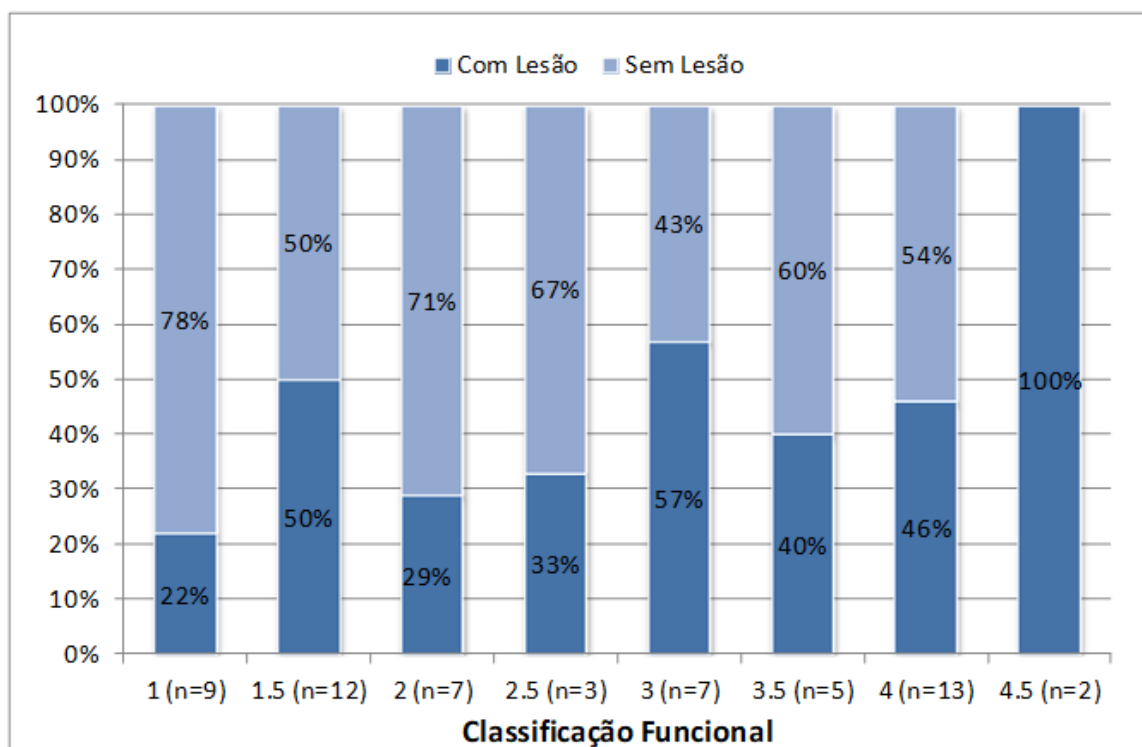


Gráfico 7 – Classificação funcional e total de lesões sofridas nos últimos 12 meses.

Fonte: autoria própria

Não foi encontrada uma associação significativa entre a classificação funcional e a presença de lesões que permitisse afirmar que determinado grupo de atletas possui maior chance de apresentar lesões. No entanto, conforme a Tabela 5, a prevalência de lesões entre indivíduos com pontuação maior (3 a 4,5) e pontuação menor (1 a 2,5) foi de 50% contra 36,7%, respectivamente (dados não apresentados) (OR 1,261; IC 95% = 0,628 – 2,535).

Tabela 5 – Nível de associação entre a presença de lesões e variáveis independentes em atletas de BCR. Paraná. Brasil.

(continua)

Variáveis numéricas	\bar{x} (DP)	β	p	Razão de chances (IC 95%)
Idade	35,75 (11,21)	0,008	0,525	1,008 (0,983 – 1,034)
Tempo de BCR	6,18 (4,83)	0,067	0,009**	1,017 (1,017 – 1,126)

(conclusão)

Variáveis categóricas	Sem lesão	Com lesão	p	Razão de Chances (IC 95%)
Estado de saúde				
Está doente (n=9)	22,2%	77,8%	0,067	1,766 (0,961 – 3,246)
Não está doente (n=49)	63,3%	36,7%		1
Utilização da cadeira de rodas				
O tempo todo (n=30)	63,3%	36,7%	0,015*	0,443 (0,230 – 0,856)
Apenas no BCR (n=28)	50,0%	50,0%		1
Frequência de treinamento				
≤ 2x p/ semana (n=35)	54,3%	45,7%	0,063	1,567 (0,976 – 2,517)
≥ 3x p/ semana (n=23)	60,9%	39,1%		1
Realiza treinamento paralelo				
Não (n=27)	63,0%	37,0%	0,036*	0,575 (0,343 – 0,965)
Sim (n=31)	51,6%	48,4%		1
Utiliza muleta ou bengala				
Não (n=9)	88,9%	11,1%	0,034*	0,127 (0,019 – 0,853)
Sim (n=49)	51,0%	49,0%		1
Classificação funcional				
1,0 a 2,5 (n=30)	63,3%	36,7%	0,514	1,261 (0,628 – 2,535)
3,0 a 4,5 (n=28)	50,0%	50,0%		1

* Associação foi significativa ao nível de 95%; ** Associação foi significativa ao nível de 99%; \bar{x} = Média aritmética. DP = Desvio Padrão; β = Valor de Beta do teste de regressão de Poisson; p = Valor de p do teste de Regressão de Poisson; IC = Intervalo de Confiança; n = Tamanho do grupo.
Fonte: autoria própria.

Os resultados da Tabela 5 mostram que dentre todas as variáveis investigadas consideradas possíveis de influenciar a presença de lesões, o tempo que os atletas praticam o BCR (em anos) apresentou associação significativa, no sentido de que quanto maior o tempo de prática do BCR maior é a chance de o atleta apresentar lesão. Também foi observado que os atletas que utilizam a cadeira de rodas o tempo todo têm menos chances de desenvolver algum tipo de lesão em comparação aos que a utilizam apenas para a prática do BCR.

Outro achado interessante a partir da análise foi que os atletas que não praticam treinamento físico paralelo ao BCR apresentam menos chances de lesão, assim como os que não utilizam muleta ou bengala para fins de locomoção diariamente.

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÕES E PERCEPÇÃO DA QV

Observando os resultados apresentados na Tabela 6, pode-se observar que, segundo a análise realizada por meio do teste de razão de chances, não foi possível afirmar que há uma relação de dependência estatisticamente significativa entre a percepção da QV e a presença de lesão. Porém, observando os valores percentuais mostrados na referida tabela, chama a atenção o fato de que atletas não lesionados possuem, na sua maioria, percepção satisfatória da QV.

Tabela 6 – Análise da razão de chances de lesões e QV em atletas de BCR. Paraná. Brasil.

Presença de Lesão	Nível de QV		Valor de p ¹
	Insatisfeito QV	Satisfeito QV	
Com lesão	14 (56,0%)	11 (44,0%)	0,221
Sem lesão	12 (36,4%)	21 (63,6%)	
Chance estimada²	95% Nível de Confiança		
	Valor	Mínimo	Máximo
Estimativa de chances para indivíduos com/sem lesão	2,227	0,771	6,438

¹ Valor de p do teste Qui-quadrado. ² Chance estimada a partir do cálculo da Razão de Chances.

Fonte: autoria própria.

Em contrapartida, entre os atletas que relataram apresentar uma ou mais lesões, agudas ou crônicas, o percentual de indivíduos com percepção insatisfatória da QV é maior do que aqueles com nível de QV satisfatório.

A análise da razão de chances apresentada na parte inferior da Tabela 6 mostra que a diferença encontrada não foi significativa entre os atletas de BCR que possuem algum tipo de lesão.

Na Tabela 7 verificou-se a diferença entre as médias dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-DIS-PD e também a média geral de QV entre grupos com e sem lesão em atletas de BCR.

Tabela 7 – Análise da diferença entre as médias dos domínios e média geral de QV entre grupos com e sem lesão de atletas de BCR. Paraná. Brasil.

Variável	Sem Lesão (n=33) (\bar{x} (DP))	Com Lesão (n=25) (\bar{x} (DP))	Valor de p ¹
Média geral de QV	3,79 (0,38)	3,64 (0,49)	0,222
WHOQOL-BREF			
Físico	16,06 (2,07)	15,76 (2,07)	0,587
Psicológico	16,08 (2,49)	15,30 (2,67)	0,266
Relações Sociais	14,18 (2,00)	13,84 (2,09)	0,533
Ambiente	16,24 (2,58)	14,88 (3,51)	0,110
WHOQOL-DIS-PD			
Apoio Social	3,65 (0,63)	3,74 (0,70)	0,616
Decisão Pessoal	3,97 (0,78)	4,26 (0,72)	0,154
Comunicação	3,81 (0,61)	3,64 (0,65)	0,312
Inclusão Social	3,41 (0,44)	3,12 (0,51)	0,030*

¹ Valor de p do teste t para amostras independentes. * Diferença significativa ao nível de 0,05.

\bar{x} = Média aritmética. DP = Desvio Padrão.

Fonte: autoria própria.

Na análise da Tabela 7 foi possível encontrar diferença significativa entre os grupos sem lesão e com lesão apenas no domínio inclusão social presente no WHOQOL-DIS-PD. A diferença encontrada significa que os atletas sem lesão tendem a apresentar maiores escores no domínio inclusão social.

6. DISCUSSÃO

6.1 PERCEPÇÃO DA QV EM ATLETAS DE BCR

Um dos objetivos da presente pesquisa foi avaliar a QV dos atletas de BCR inscritos na FPRBCR. Através da análise dos escores obtidos com a aplicação dos questionários, foi possível constatar que o escore total atingido pela população participante foi 68,67 no WHOQOL-bref e 66,61 no módulo adicional para pessoas com deficiências motoras.

A busca por pesquisas publicadas em periódicos indexados com o objetivo de avaliar a QV de atletas com deficiência física utilizando o instrumento WHOQOL-DIS-PD não obteve êxito, mas em contrapartida, foram encontrados estudos similares que utilizaram outros instrumentos e métodos mistos para avaliar a QV, cujos achados são passíveis de comparação aos resultados encontrados pela presente pesquisa.

Yazicioglu et al. (2012) realizaram uma comparação dos valores de QV e satisfação da vida entre grupos de PCDs participantes e não participantes de esportes adaptados. Os pesquisadores utilizaram somente o WHOQOL-bref para avaliar a QV dos indivíduos e constataram que os escores nos domínios físico, psicológico e social foram significativamente maiores no grupo que participava de esportes adaptados em comparação ao grupo controle, enquanto que os escores do domínio ambiental foram semelhantes nos dois grupos. Os autores concluíram que as PCDs que praticavam esportes adaptados apresentaram valores de QV maiores em comparação com PCDs que não estão envolvidas em nenhum tipo de esporte.

Na presente pesquisa, os escores mais altos encontrados referem-se aos domínios psicológico (74,57), relações sociais (73,42) e físico (67,18), corroborando com os achados de Yazicioglu et al. (2012), para o grupo praticante de esportes adaptados.

Bolach e Prystupa (2014) avaliaram a percepção da QV de PCDs participantes de esportes paralímpicos individuais e em equipe. Os pesquisadores utilizaram um instrumento local (polonês) para a avaliação da QV e constataram um nível médio de QV entre os paratletas dos dois grupos que praticavam esportes. Ao considerar os escores totais da presente pesquisa, considerando 100 como o escore máximo, pode-se concluir que a população investigada também apresenta um nível mediano de QV (68,67 no WHOQOL-bref e 66,61 no WHOQOL-DIS).

No Brasil, Rodrigues et al. (2016) compararam a QV de indivíduos com lesão medular praticantes e não praticantes de BCR da cidade de Marabá-PA por meio da versão brasileira do instrumento SF-36. Os resultados apontaram que os praticantes de BCR apresentaram escores significativamente superiores comparados aos não praticantes. Os autores concluíram que o BCR pode ser uma importante estratégia terapêutica capaz de influenciar positivamente na QV de seus praticantes.

Sobre a influência dos esportes adaptados na QV em usuários de cadeiras de rodas, Côté-Leclerc et al. (2017) realizaram uma pesquisa quanti-qualitativa utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers, para a avaliação quantitativa e entrevistas semiestruturadas para a avaliação qualitativa da QV. A pesquisa envolveu 34 usuários de cadeiras de rodas que praticavam esportes adaptados regularmente e pessoas de idade similar sem limitações (grupo controle). A partir da análise quantitativa dos resultados obtidos os autores concluíram que os praticantes de esportes adaptados apresentaram uma QV comparável ao grupo sem limitações. Com base na análise qualitativa das entrevistas, inferiu-se que a participação em esportes adaptados pode ser um fator de influência positiva na autoestima, na sensação de participação em atividades significativas, na atitude da sociedade em relação a pessoas com limitações de mobilidade e no bem-estar físico.

A presente pesquisa corrobora com os achados qualitativos de Côté-Leclerc et al. (2017), ao constatar que os escores mais altos encontrados com indicação de percepção positiva estão relacionados à autoestima (81,47), mobilidade (70,26) e interação na sociedade (71,55). Para avaliar a importância no BCR na QV dos atletas investigados seria necessária uma investigação qualitativa, com o objetivo de compreender a percepção dos atletas quanto ao impacto do ambiente de treino e de competição sobre a QV.

Entretanto, foi encontrada uma correlação significativa entre o tempo de prática do BCR e o domínio apoio social, sendo possível afirmar que quanto maior o tempo de BCR, mais positiva é a percepção do atleta sobre esse domínio. As facetas referentes ao domínio apoio social estão relacionadas à discriminação, proteção e perspectivas futuras, aproximando-se ainda mais com os achados de Côté-Leclerc et al. (2017).

Com relação à autonomia, na presente pesquisa o domínio decisão pessoal, componente do WHOQOL-DIS apresentou o maior escore, com as facetas relacionadas ao controle da vida, ao poder de decisão e diretamente a autonomia.

Não obstante, a presente pesquisa ainda encontrou diferença significativa ao analisar os domínios de QV entre grupos com e sem lesão, na qual os atletas sem lesão tendem a apresentar uma percepção mais positiva com relação ao domínio inclusão social.

Ainda sobre o sentido do esporte para atletas com e sem deficiência, Epiphanyo et al. (2017) realizaram uma pesquisa qualitativa com paratletas praticantes de atletismo e concluíram que o esporte se apresenta como um importante recurso para a abertura de novas possibilidades e como um propulsor de superação de indivíduos na busca de seu desenvolvimento e da autorealização humana. Os autores ainda inferem que o paradesporto pode ser um recurso para superar algumas adversidades, sejam estas de âmbito social, econômica ou física.

Especificamente sobre a prática de atividade física, Nooijen et al. (2016), avaliaram se a reabilitação reforçada com a adição de uma intervenção comportamental para promover a atividade física conduz a uma melhor saúde, participação e QV. Os pesquisadores aplicaram uma intervenção comportamental que promove a atividade física após a alta hospitalar de indivíduos com lesão medular. Para esta pesquisa foi utilizado o instrumento SF-36 para a avaliação da QV. As medidas foram realizadas dois meses antes da alta, na alta, seis e 12 meses após a alta da reabilitação hospitalar. Os autores concluíram que a atividade física após a alta da reabilitação hospitalar melhora a percepção da QV, a participação social e parece reduzir fatores de risco para doenças cardiovasculares em pessoas com lesão subaguda da medula espinhal.

Não foi objetivo da presente pesquisa analisar a influência do paradesporto na QV dos atletas investigados, mas os estudos citados acima deixam claro sobre a importância da prática de atividade física, principalmente da prática do esporte adaptado para PCDs.

6.2 EPIDEMIOLOGIA DAS LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS EM PARATLETAS

Uma das principais pesquisas encontradas sobre lesões paradesportivas foi o estudo de Willick et al. (2017), cujo objetivo foi caracterizar a incidência e a natureza das lesões durante os Jogos Paralímpicos de Londres 2012. Este estudo foi considerado o maior e mais abrangente relatório epidemiológico que examinou lesões em atletas paralímpicos com informações de lesão obtidas a partir de dois bancos de dados:

formulário preenchido manualmente em avaliação médica e informações coletadas diariamente através da internet.

Willick et al. (2017) encontraram taxas de lesões mais elevadas em atletas mais velhos. No geral, 51,5% das lesões foram diagnosticadas como traumáticas e agudas de início novo. Os pesquisadores também observaram que a região mais frequentemente lesada foi o ombro (17,7%), seguido do punho/mão (11,4%), cotovelo (8,8%) e joelho (7,9%).

Outra importante pesquisa realizada durante os Jogos Paralímpicos de Londres 2012 foi a de Derman et al. (2017). Os pesquisadores descreveram a ocorrência de uma nova lesão e doença baseada no sistema de vigilância (WEB-IISS), utilizado para avaliar a incidência e características de lesões e doenças em atletas durante os Jogos. Na ocasião, as lesões mais comuns relatadas foram dos membros superiores, particularmente do ombro, em atletas de BCR.

A presente pesquisa corrobora com Willick et al. (2017) e Derman et al. (2017), pois a região dos ombros foi a que apresentou o maior número de lesões reportadas entre os atletas investigados (40%). No entanto, essa comparação deve ser analisada com cautela, pois o objetivo do presente estudo não foi analisar a incidência de lesões como nos estudos realizados em Londres.

Medina (2015) avaliou se a prática de esporte aumenta o risco de lesões no ombro de indivíduos tetraplégicos. Para isso a pesquisa investigou um grupo de atletas tetraplégicos e um grupo de indivíduos tetraplégicos sedentários, e o resultado da análise estatística mostrou um possível efeito protetor do esporte no desenvolvimento de lesões no ombro.

Em contrapartida, os resultados da análise de regressão do presente estudo mostraram que, para a população investigada, quanto maior o tempo de prática do BCR maior é a chance de o atleta apresentar lesões, não corroborando com os achados de Medina (2015).

Hillman (2002) observou que quando jogadores com diferentes níveis de habilidade competem no mesmo time, alguém se machuca. Isso ocorre porque jogadores mais habilidosos possuem maior controle corporal, evitando as colisões e lesões. As lesões podem ocorrer, no caso do BCR, não apenas pelos diferentes níveis de habilidades (o que não foi pesquisado neste estudo), mas pelas diferentes classificações funcionais, na qual leva-se em consideração o comprometimento físico-motor.

Não se pode afirmar que seja maior o nível de habilidade entre os atletas com maior ou menor pontuação na classificação funcional, mas a maior presença de lesões encontrada entre os indivíduos com maior pontuação (resultado encontrado pelas análises da presente pesquisa) pode estar relacionada ao fato de que esses atletas sentem maior segurança para a realização dos movimentos, o que pode propiciar movimentos mais intensos e amplos, aumentando o risco de sofrerem alguma distensão, estiramento, contusão por motivo de colisão e luxação após sofrerem uma queda.

Sobre as lesões relacionadas ao BCR, Ferreira et al. (2013) observaram que a região dos ombros é a mais suscetível a lesões nos atletas de BCR e que a preparação física dos atletas deve ser estimulada no sentido preventivo, de modo a garantir que a prática esportiva possa trazer o máximo de benefícios para os participantes.

Também é importante destacar que o uso repetitivo dos segmentos corporais é uma das causas mais comuns de lesões esportivas, principalmente quando há disfunção da articulação afetada, porém, esse é um fator de risco fácil de ser controlado, pois depende sumariamente do controle da demanda física imposta ao atleta.

Segundo Hillman (2002), se o treinador ou o preparador físico da equipe iniciar o programa de treinamento através de testes de aptidão física e periodizar o treinamento de modo a preocupar-se em não sobrecarregar as principais articulações e segmentos envolvidos na prática, certamente será possível prescrever exercícios para melhorar sua forma e, conseqüentemente, ajudar na prevenção de lesões.

Sobre a importância da prevenção, Vital et al. (2007) concluíram que a intensidade de esforços na tentativa de superação durante a prática esportiva de atletas paralímpicos é um dos fatores responsáveis pela ocorrência das lesões. Os pesquisadores verificaram a prevalência de lesões traumato-ortopédicas em atletas paralímpicos, utilizando como instrumento o prontuário médico do Departamento Médico do Comitê Paralímpico Brasileiro. Os autores ainda enfatizam a importância do diagnóstico e tratamento precoces, além de fortalecer as medidas preventivas dos atletas.

A presente pesquisa encontrou a partir da análise de associação dos dados encontrados na população investigada, que os atletas que não praticam treinamento físico paralelo ao BCR apresentam menos chances de lesão. Esse achado pode estar relacionado à prescrição inadequada de volume e intensidade do treinamento paralelo e descontextualizado do programa de treino do BCR, o que pode estar sobrecarregando as estruturas articulares e aumentando a chance da ocorrência de lesões.

Rocco e Saito (2006) realizaram uma entrevista para identificar as lesões esportivas mais frequentes nos atletas de BCR. A maioria da população investigada apresentava lesão medular, seguido de poliomielite e amputação de membros inferiores. O grupo investigado praticava o BCR a 6,5 anos em média. Desses, 23% apresentavam lesões não relacionadas ao BCR e, dentre as lesões reportadas, 75% eram novas e 25% recorrentes. Os pesquisadores também relataram que 79% das lesões reportadas ocorreram nos membros superiores, o que permitiu concluir que tão importante quanto o tratamento das lesões é o trabalho de prevenção para que a chance de lesões ocorrerem diminua.

A presente pesquisa encontrou resultados semelhantes aos achados de Rocco e Saito (2006), com relação ao tipo de deficiências apresentadas pelo grupo (a maioria apresentava lesão medular, seguido de poliomielite e amputação de membros inferiores) e o tempo médio de prática do BCR (6,18 versus 6,5 anos). Os resultados também foram similares aos de Rocco e Saito (2006) ao observar que 25% das lesões reportadas pelo grupo de atletas investigados não ocorreram durante a prática do BCR.

Outra importante informação decorrente da presente pesquisa foi o fato de que os atletas que utilizam a cadeira de rodas o tempo todo têm menos chances de desenvolver algum tipo de lesão em comparação aos que a utilizam apenas para a prática do BCR. Esta informação é conflitante com Medina (2015) que relaciona a ocorrência de lesões ao fato do uso constante da cadeira de rodas, não apenas para a prática paradesportiva, mas para deslocamentos gerais.

Considerando que 26,9% das lesões reportadas pelo grupo de atletas investigados em nossa pesquisa foram relacionadas às quedas, a informação acima pode ser explicada pelo fato de que, os atletas que utilizam a cadeira de rodas apenas para a prática do esporte adaptado podem estar menos habituados aos movimentos com o equipamento, também podem sentir maior dificuldade de equilíbrio na posição sentada, favorecendo as quedas e propiciando o surgimento de lesões durante a prática do BCR.

6.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÕES E PERCEPÇÃO DA QV

Os artigos publicados em periódicos indexados que investigaram a relação entre a percepção da QV e a presença de lesões traumato-ortopédicas são escassos, principalmente estudos realizados com paratletas brasileiros. Os artigos encontrados e citados nos subitens acima objetivaram investigar especificamente a QV ou a incidência ou a prevalência de lesões em praticantes/atletas de esportes adaptados.

Outras pesquisas relacionaram a QV com a doença/deficiência apresentada pelo indivíduo, mas não a QV com as lesões ocasionadas pela prática paradesportiva ou pelo uso dos equipamentos que auxiliam os indivíduos no momento de locomoção. Face ao exposto, a presente pesquisa torna-se ainda mais relevante, por apresentar resultados de análise de associação entre QV e lesões traumato-ortopédicas para a população investigada.

Os resultados mostraram que os atletas de BCR que possuem algum tipo de lesão possuem 2,22 vezes mais chances de apresentarem uma percepção insatisfatória da QV. No entanto, como não foi possível confirmar estatisticamente que houve associação significativa entre a percepção da QV e a presença de lesões para a referida população, a referida razão de chances não pode ser considerada.

Essa observação permite apontar que, não obstante a ausência da garantia estatística, a presença de lesão, ou lesões, em atletas de BCR pode ser um fator diminuidor da percepção da QV para essa população.

Ademais, se outro ponto de corte fosse adotado para a definição dos grupos, ou um número maior de atletas fossem investigados, talvez a relação de dependência analisada entre a presença de lesões e o nível de QV pudesse vir a ser alterada, o que poderia, eventualmente, resultar em uma relação estatisticamente significativa.

Em contrapartida, Ferreira et al. (2013), ao analisarem a associação entre lesões e QV, afirmam que a presença de dores e/ou lesões em indivíduos que utilizam a cadeira de rodas na sua locomoção diária, além de prejudicar o desempenho esportivo, pode trazer consequências negativas para a QV. Nesse estudo os pesquisadores não utilizaram um instrumento específico para avaliar a QV e sim um instrumento com escala de dor física e questões relacionadas à possível influência da dor na qualidade do sono, relacionamentos sociais, humor, prática esportiva e atividades em geral.

De modo similar a pesquisa de Martins et al. (2014), com o objetivo de investigar a QV e fatores associados em atletas de elite de vários esportes, concluíram que a presença de dor física se associou significativamente com uma menor QV, sobretudo nos domínios físico, psicológico e ambiente.

A presente pesquisa não avaliou a presença de dor física, mas encontrou uma associação significativa entre a presença de doença com a percepção da QV, permitindo afirmar que, para a população investigada, os atletas que relataram estar doentes apresentaram uma chance 2,4 vezes maior de apresentar insatisfação com a QV.

Kawanishi e Greguol (2013), ao realizarem uma revisão sistemática de estudos que abordaram a influência da atividade física sobre a QV e a independência funcional de indivíduos adultos com lesão da medula espinhal, concluíram que a atividade física parece ter uma influência importante nas relações sociais, independência funcional, fatores psicológicos e aspectos físicos, que podem melhorar a QV e a independência no desempenho das atividades diárias.

A pesquisa que mais se aproximou da metodologia utilizada pelo presente estudo foi a de Moreira et al. (2016). Os pesquisadores verificaram a associação entre o nível de atividade física, dependência do exercício físico e lesões esportivas com as dimensões relacionadas à percepção da QV relacionada à saúde em atletas participantes do Campeonato Brasileiro de Basquetebol Master. Os resultados permitiram aos autores concluir que as lesões esportivas podem diminuir os níveis da percepção da QV relacionada à saúde, tanto em aspectos físicos quanto mentais.

Kim et al. (2014) avaliaram os efeitos de lesões relacionadas ao esporte de jogadores de golfe profissionais da Coréia do Sul em sua QV e desempenho atlético. Para essa pesquisa os autores utilizaram o instrumento SF-36 e concluíram que as lesões influenciaram negativamente na percepção da QV nos aspectos físico e mental, assim como nos resultados encontrados por Moreira et al. (2016).

Ao analisar a diferença entre as médias dos domínios de QV entre grupos com e sem lesão de atletas de BCR, a presente pesquisa encontrou diferença significativa apenas no domínio inclusão social presente no WHOQOL-DIS-PD. Ainda que não tenham sido usados os mesmos instrumentos, os resultados desta pesquisa corroboram com Moreira et al. (2016) e Kim et al. (2014) ao observar que os atletas com lesão obtiveram médias menores nos domínios físico (15,76) e psicológico (15,30) quando comparados aos atletas sem lesão (16,06 e 16,08 respectivamente).

Os resultados da presente pesquisa também corroboram com Côté-Leclerc et al. (2017), ao afirmarem que as lesões sofridas durante a prática do paradesporto podem impactar na autonomia da PCD na realização das suas atividades cotidianas, o que também pode impactar na sua percepção de QV.

Mesmo não encontrando associação significativa entre o nível de QV e a presença de lesões para a população investigada, foi possível notar nas pesquisas citadas que as lesões esportivas influenciam a percepção insatisfatória de QV.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consideração aos objetivos traçados para a presente pesquisa, a partir dos resultados encontrados da investigação realizada com os atletas de BCR, pode-se concluir que:

- Considerando o objetivo quantitativo do presente estudo de analisar a significância estatística da associação entre as variáveis, concluiu-se que não há relação de dependência entre a percepção da QV e as lesões traumato-ortopédicas dos atletas de BCR investigados.

- Sobre a percepção de QV, a média dos escores da população apresentou-se intermediária, mais inclinada para uma percepção positiva, com maiores escores nos domínios psicológico e relações sociais (no instrumento WHOQOL-bref) e decisão pessoal (no WHOQOL-DIS). Foi possível perceber que os atletas que relataram estar doentes apresentaram chances 2,4 vezes maior de apresentar insatisfação com a QV. Também foi encontrada uma correlação significativa, diretamente proporcional entre a idade e o domínio ambiente e inversamente proporcional entre o tempo de prática do BCR e o domínio apoio social;

- Sobre as lesões reportadas, a maioria das lesões se concentrava na região dos membros superiores, eram recorrentes e foram complicações não relacionadas ao BCR. Dentre as lesões que ocorreram durante a prática do BCR, a maioria ocorreu durante as competições e foram relacionadas às quedas. Também foi possível perceber que quanto maior o tempo de prática do BCR, maior é a chance de o atleta apresentar lesões e os atletas que não praticam treinamento físico paralelo, ou que não usam muleta/bengala, ou que utilizam a cadeira de rodas o tempo todo apresentam menores chances de apresentar lesões;

- Sobre a associação entre QV e lesões, foi possível afirmar que os atletas sem lesão tendem a apresentar maiores escores no domínio inclusão social.

- Percebeu-se que as regiões dos ombros, punhos e antebraços, ao invés dos cotovelos, estiveram entre as três com maior número de relatos de lesão.

Algumas dificuldades encontradas durante a coleta de dados foram: a dificuldade de acesso à internet por alguns atletas e a falta de apoio dos responsáveis de duas equipes na divulgação dos links ou para coleta dos questionários impressos. Essas dificuldades resultaram em uma limitação do estudo: o número baixo de respondentes. Com um n maior, estima-se que a relação de dependência analisada entre a presença de

lesões e o nível de QV pudesse vir a ser alterada, o que poderia, eventualmente, resultar em uma relação estatisticamente significativa.

Outra limitação apresentada pela presente pesquisa foi a ambiguidade temporal, a qual ocorre quando não é possível estabelecer que a exposição precede o efeito, apresentando-se como uma limitação inerente a estudos transversais (DELGADO-RODRÍGUEZ; LLORCA, 2004). Neste estudo, portanto, não foi possível estabelecer se a presença de lesões precedeu a percepção insatisfatória da QV.

Ao término da pesquisa será entregue para cada equipe respondente um relatório técnico contendo as informações declaradas por seus atletas e a comparação da equipe com o grupo total de respondentes.

Sugere-se para pesquisas futuras, a realização de:

- Mais investigações sobre a QV das PCDs com a utilização do instrumento WHOQOL-DIS-PD;

- Mais investigações sobre QV e lesões traumato-ortopédicas com praticantes de esporte adaptado no Brasil;

- Validação nacional do questionário sobre lesões utilizado pela presente pesquisa;

Tais constatações permitem aduzir que é pertinente o estímulo à prática do esporte adaptado com o objetivo de melhorar a QV das PCD, sendo interessante a realização de períodos de treinamentos preventivos com o objetivo de diminuir as chances de ocorrência de lesões.

Ainda, infere-se que é sabido o fato de que o trabalho de prevenção deve ser individualizado, considerando a deficiência apresentada pelo indivíduo e suas limitações funcionais, podendo isso, talvez, explicar a escassez de literatura acerca desse tema no esporte adaptado, apesar de ser um tema em acentuada ascensão.

Por fim, incita-se a realização de ações interdisciplinares de prevenção de lesões em atletas de BCR, tal qual de avaliações médicas para tratamento das lesões, indicações do profissional de Fisioterapia para a reabilitação e do profissional de Educação Física para desenvolver o trabalho de prevenção e condicionamento físico. O trabalho interdisciplinar é ideal, mas está longe de ser realidade. São necessárias políticas públicas para o incentivo de projetos que envolvam todos esses profissionais, a fim de garantir o atendimento integral da PCD, considerando que a promoção da QV é uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Com Deficiência.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, P. F. Esporte adaptado. In: CALEGARI, D. R.; GORLA, J. I.; ARAÚJO, P. F. (Org.). **Handebol em cadeira de rodas: Regras e treinamento**. São Paulo: Phorte, 2010, p. 21-49.
- ARAÚJO, P. F. **Desporto adaptado no Brasil**. São Paulo: Phorte, 2011.
- BARROS, M. V. G. et al. **Análise de dados em saúde**. Londrina: Midiograf, 2012.
- BENFICA, D. T. **Esporte paraolímpico: analisando suas contribuições nas (re)significações do atleta com deficiência**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa.
- BOLACH, B.; PRYSTUPA, T. Evaluation of perception of quality of life of disabled athletes. **Physical Education of Students**, v. 18, n. 1, p. 13-16, 2014.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.
- BRASILE, F. M. et al. O atleta em cadeira de rodas e outras formas de exercício adaptado. In: MELLION, M. B.; PUTUKIAN, M.; MADDEN, C. C. (Org.). **Segredos em medicina desportiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 109-113, 2006.
- BREDEMEIER, J. et al. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. **BMC Public Health**, v.14, n.1, p. 538-50, 2014.
- CANTORANI, J. R. H. **Lazer nas atividades de aventura na natureza e qualidade de vida para pessoas com deficiência: um estudo a partir do caso da cidade de Socorro-SP**. 2013. 274 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- CANTORANI, J. R. H.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. Análise das versões do instrumento WHOQOL-DIS frente aos aspectos que motivaram a sua criação: participação e autonomia. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 21, n. 4, p. 407-426, 2015.
- CARAZZATO, J. G. Traumatologia esportiva. In: HEBERT, S. (Org.). **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 1619-1652.
- CARDOSO, V. D.; GAYA, A. C. A classificação funcional no esporte paralímpico. **Conexões**, v. 12, n. 2, p. 132-146, 2014.
- CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS. **Apresentação**. Disponível em: <<http://www.cbbc.org.br/cbbc/apresentacao>> Acesso: 06 ago. 2017.

CHAMLIAN, T. R.; STARLING, M. Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores: revisão da literatura. **Acta fisiátrica**, v. 20, n. 4, p. 229-233, 2013.

CHAVEIRO, N. **Qualidade de vida das pessoas surdas que se comunicam pela língua de sinais**: construção da versão em LIBRAS dos instrumentos WHOQOL-bref e WHOQOL-DIS. 2011. 252 f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Medidas de frequência de doença. In: VERMELHO, L. L. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 13-30.

CÔTÉ-LECLERC, F. et al. How does playing adapted sports affect quality of life of people with mobility limitations? Results from a mixed-method sequential explanatory study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 15-22, 2017.

COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO. **Modalidades**. Disponível em: <<http://www.cpb.org.br>>. Acesso em: agosto de 2017.

DELGADO-RODRÍGUEZ, M.; LLORCA, J. Bias. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 58, n. 8, p. 635-641, 2004.

DERMAN, W. et al. Illness and injury in athletes during the competition period at the London 2012 Paralympic Games: development and implementation of a web-based surveillance system (WEB-IISS) for team medical staff. **British Journal of Sports Medicine**, v. 47, n. 7, p. 420-425, 2013.

DURANTE, A. L. T. C.; POZ, M. R. D. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 129-138, 2014.

EPIPHANIO, E. H. et al. O sentido do esporte para atletas com e sem deficiência: uma compreensão fenomenológica. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 76-91, 2017.

FAGHER, K. et al. The Sports-Related Injuries and Illnesses in Paralympic Sport Study (SRIIPSS): a study protocol for a prospective longitudinal study. **BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation**, v. 8, n. 1, p. 28-38, 2016.

FALEIROS, F. et al. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 1-6, 2016.

FERREIRA, F. A.; BUSSMANN, A. J. C.; GREGUOL, M. Incidência de lesões em atletas de basquetebol em cadeira de rodas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 2, p. 134-140, 2013.

FLECK, M. P. A. et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

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

FPRBCR. **FPRBCR**. Disponível em: <<http://fprbcr.blogspot.com.br/p/fprb.html>> Acesso em agosto de 2017.

GONÇALVES, A; VILARTA, R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A; VILARTA, R (Org.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática**. Barueri: Manole, 2004, p. 3-25.

GREGUOL, M.; GORGATTI, T. O esporte para pessoas com deficiência. In: GREGUOL, M; COSTA, R. F. (Org.). **Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. 3 ed. Barueri: Manole, 2013, p. 618-656.

HILLMAN, S. K. **Avaliação, prevenção e tratamento imediato das lesões esportivas**. São Paulo: Manole, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Paraná – Deficiência – População residente por tipo de deficiência permanente**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>> Acesso em: 07 ago. 2017.

INTERNATIONAL WHEELCHAIR BASKETBALL FEDERATION. **Official Player Classification Manual**. IWBF Player Classification Commission, 2004.

KAWANISHI, C. Y.; GREGUOL, M. Physical activity, quality of life, and functional autonomy of adults with spinal cord injuries. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v.30, n. 4, p. 317-337, 2013.

KIM, L. N.; WOO, J. H.; YNG, H. S. The effects of sports-related injuries on quality of life and athletic performance within the Korean ladies professional golf players. **Br J Sports Med**, v. 48, n. 7, p. 619-619, 2014.

LANDEIRO, G. M. B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados SciELO. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LAPREV. **Laboratório de Prevenção e Reabilitação de Lesões Esportivas**. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/cenesp/lab_laprev.html>. Acesso em: janeiro de 2016.

MARTINS, L. et al. Prevalence of pain and quality of life in high-performance athletes. **Br J Sports Med**, v. 48, n. 7, p. 633-634, 2014.

MATTOS, M. G.; JÚNIOR, A. J. R.; BLECHER, S. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2008.

MEDINA, G. I. S. **Avaliação da prevalência de lesões e do risco de lesões no ombro em indivíduos tetraplégicos atletas e sedentários**. 2015. 95 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MOREIRA, N. B. et al. Quality of life perception of basketball master athletes: association with physical activity level and sports injuries. **Journal of sports sciences**, v. 34, n. 10, p. 988-996, 2016.

NOOIJEN, C. F. J. et al. A behavioral intervention promoting physical activity in people with subacute spinal cord injury: secondary effects on health, social participation and quality of life. **Clinical rehabilitation**, v. 31, n. 6, p. 772-780, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: OMS - Direção Geral da Saúde, 2004.

PEDROSO, B. et al. Inferências da Organização Mundial da Saúde na promoção da qualidade de vida: uma explanação contemporânea dos instrumentos WHOQOL. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, n. 4, p. 19-25, 2013.

PEDROSO, B. **Possibilidades e limites da avaliação da qualidade de vida: análise dos instrumentos WHOQOL e modelos clássicos de qualidade de vida no trabalho**. 2013. 154 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PEDROSO, B. et al. WHOQOL-SRPB-bref, WHOQOL-OLD-bref e WHOQOL-AGE: análise das novas versões abreviadas dos instrumentos WHOQOL. **Revista Espacios**, v. 36, n. 19, p. 15-15, 2015.

PORRETTA D. L. Team Sports. In: WINNICK, J. P. (Org.). **Adapted Physical Education and Sport**. 5. ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 2011, p. 503-527.

POWER, M. J.; GREEN, A. M. Development of the WHOQOL disabilities module. **Quality of Life Research**, v. 19, n. 4, p. 571-84, 2010.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale (2013).

RAMOS, A. P. et al. Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da rede pública. **Revista Saúde.com**, v. 4, n. 1, p. 27-42, 2008.

ROCCO, F. M.; SAITO, E. T. Epidemiologia das lesões esportivas em atletas de basquetebol em cadeira de rodas. **Acta Fisiátrica**, v. 13, n. 1, p. 17-20, 2016.

RODRIGUES, F. et al. Qualidade de vida de indivíduos com lesão medular praticantes de Basquetebol em cadeira de rodas. **Revista Ceuma Perspectivas**, v. 27, n. 1, p. 93-102, 2016.

SARAIVA, J. P. et al. Desporto Adaptado em Portugal: do conceito à prática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 5, p. 623, 2013.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. UFSC/PPGEP/LED, ed. 4, Florianópolis, 2005.

SILVA JUNIOR, S; COSTA, F. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 15, p. 1-16, 2014.

SILVA, P. A. B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014.

TEIXEIRA, A. M. F.; RIBEIRO, S. M. **Basquetebol em cadeira de rodas: manual de orientação para professores de educação física**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006.

TUBINO, Manoel. **Dimensões sociais do esporte**. São Paulo: Cortez, 2001.

UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. ALLIANCE, T. D (Org.). **Discuss Fundamental Principles of Disability**. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation & The Disability Alliance, 1997.

VITAL, R. et al. Lesões traumato-ortopédicas nos atletas paraolímpicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 3, p. 165-8, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programe on Mental Health. **WHOQOL User Manual**. WHO/MNH/MHP/98.4. WHO: Geneva, 1998.

WILLICK, S. E. et al. The epidemiology of injuries at the London 2012 Paralympic Games. **British Journal of Sports Medicine**, v. 3, n. 19, p. 1-7, 2013.

YAZICIOGLU, K. et al. Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. **Disability and Health Journal**, v. 5, n. 4, p. 249-253, 2012.

ANEXO A - Questionário “Sobre Você + BCR”

SOBRE VOCÊ

Antes de começar, gostaríamos que respondesse algumas questões sobre você. Por favor, responda colocando um **X** na resposta correta ou escreva no espaço fornecido.

1. Seu nome completo: _____

2. Sexo:

- Masculino
- Feminino

3. Idade (em anos): _____

4. Data de nascimento: _____

5. Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Vivendo com alguém
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

6. Local de residência: (Estado / cidade): _____

7. Circunstâncias habitacionais & Suporte: *Selecione a que melhor representa a sua situação atual*

- Vivendo em casa – sem necessidade de apoio
- Vivendo em casa com apoio de cuidadores não remunerados (ex. parceiro, família, amigos)
- Vivendo em casa com apoio de cuidadores remunerados
- Vivendo em comunidades de apoio / locais mantidos por grupos de apoio
- Vivendo em casa de assistência / casa de repouso
- Vivendo em hospital
- Outros (informe *por favor*):

8. Educação: *Qual é o nível mais alto de Educação que recebeu?*

- Nenhum
- Escola especial
- Ensino Infantil
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior
- Outros (informe *por favor*):

9. Estado de saúde: *Você está doente atualmente ou com problema de saúde?*

- Sim
- Não

10. Se há algo errado com sua saúde, o que você acha que é? (doença/ problema): _____

11. Deficiência: *Você entende que tenha alguma deficiência?*

- Sim
- Não

12. Se você entende que tem uma deficiência, o que você entende que é?

13. Há quanto tempo você tem essa deficiência? (*anos / meses*): _____

14. O quanto é visível essa deficiência? *Você sente que as pessoas veem ou percebem essa deficiência?*

- Nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Totalmente

15. Quanto essa deficiência afeta a sua vida?

- Quase nada
- Ligeiramente
- Moderadamente
- Severamente
- Profundamente

16. Ocupação: *Qual é a sua ocupação principal durante o dia?*

- Emprego remunerado
 - Emprego voluntário (não remunerado)
 - Desempregado, a procura de emprego
 - Estudo (tempo integral ou parcial)
 - Dia em hospital / Dia em centro de reabilitação
 - Em casa (ex. dona de casa, atividades domésticas etc)
 - Aposentado
 - Nenhuma
 - Outras (*informe por favor*):
-

17. Renda: *Comparando com outras pessoas em seu país, como você avaliaria sua situação financeira e bens?*

- Bem acima da média
- Ligeiramente acima da média
- Na média
- Ligeiramente abaixo da média
- Bem abaixo da média

SOBRE O BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

1. Você faz parte de qual equipe de Basquetebol em Cadeira de Rodas?

- TUBARÕES/MM/FUNDESP/LDPG
- ADFG/LOBOS
- ATACAR/TOLEDO
- KINGS/UMPM/UEM
- CASTRO/FALCÃO
- UDF/HARPIA DA FRONTEIRA
- APAC/CASCAVEL
- ADAPP/PINHAIS
- ADFP/FÊNIX

2. Há quanto tempo você pratica o Basquetebol em Cadeira de Rodas? (anos/meses): ____

3. Qual é a doença/deficiência que o qualifica a ser um atleta do Basquetebol em Cadeira de Rodas?

- Mielomeningocele
 - Poliomielite
 - Lesão medular
 - Amputação
 - Má formação congênita
 - Outras (informe *por favor*):
-

4. Há quanto tempo você tem essa doença/deficiência? (anos / meses): _____

5. Sobre o uso da cadeira de rodas:

- O tempo todo
- Apenas para a prática do Basquetebol

5.1. Se você usa cadeira de rodas o tempo todo, fora da prática do Basquetebol, como é a sua cadeira de rodas?

- Manual
- Motorizada

6. Você usa prótese de membro inferior no seu dia-a-dia?

- Sim
- Não

6.1. Especifique a posição da prótese de membro inferior:

- Posicionada no membro inferior DIREITO
- Posicionada no membro inferior ESQUERDO
- Não uso prótese de membro inferior
- Posicionada nos dois membros inferiores

6.2. Especifique o uso da prótese de membro inferior:

- O tempo todo
- Apenas para deslocamentos
- Não uso prótese de membro inferior

7. Você usa muleta ou bengala no seu dia-a-dia?

- Sim
- Não

7.1. Especifique o uso da muleta ou bengala:

- O tempo todo
- Apenas para deslocamentos
- Não uso muleta ou bengala

7.2. Especifique o apoio da muleta ou bengala:

- Apoio com a mão/ombro DIREITO
- Apoio com a mão/ombro ESQUERDO
- Apoio com a mão/ombro DIREITO E ESQUERDO
- Não uso muleta ou bengala

8. Sobre o Basquetebol em Cadeira de Rodas, atualmente você está:

- Treinando
- Afastado

8.1. Se você respondeu que está atualmente afastado do Basquetebol em Cadeira de Rodas, explique o motivo:

9. Qual foi a sua frequência de treinamento com a equipe de Basquetebol em Cadeira de Rodas NOS ÚLTIMOS 30 DIAS?

- 1 vez por semana
- 2 vezes por semana
- 3 ou mais vezes por semana
- Não treinei nos últimos 30 dias

10. Você faz algum treinamento físico específico? (*musculação ou outro trabalho de fortalecimento muscular*)

- Sim
- Não

10.1. Especifique o tipo de treinamento e quantas vezes por semana você pratica:

ANEXO B - Questionário “WHOQOL-DIS-PD”

WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida. É apenas sobre você – você e a sua vida.

Por favor, tenha em mente **o que é importante para você**; o que faz você feliz, seus sonhos e esperanças e suas preocupações ou aflições.

Por favor, responda a todas as questões. Se você estiver em dúvida sobre a resposta que deve dar a uma questão (ou seja, se for difícil escolher uma resposta), **por favor, escolha a alternativa** que lhe parecer mais próxima ou mais apropriada. Essa resposta freqüentemente será aquela que primeiro vier à sua mente.

Não existe resposta certa ou errada – apenas responda o que é verdadeiro para você. Por favor, pense em sua vida **NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

Marque um **x** ou circule o número que melhor corresponde à sua opinião, por exemplo: ~~X~~ ou **2**

AS PRIMEIRAS DUAS QUESTÕES PERGUNTAM SOBRE **SUA VIDA E SUA SAÚDE DE UMA FORMA GERAL**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1G	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2G	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO SOBRE **O QUANTO VOCÊ TEM SENTIDO** ALGUMAS COISAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou	Bastante	Extremamente
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE **QUÃO COMPLETAMENTE** VOCÊ TEM SE SENTIDO CAPAZ OU É CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NESTAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

		Nada	Muito pouco	Mais ou	Bastante	Extremamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou	Bastante	Extremamente
13	Quão disponíveis para você estão as informações de que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE **QUÃO BEM OU QUÃO SATISFEITO(A)** VOCÊ SE SENTIU A RESPEITO DE VÁRIOS ASPECTOS DE SUA VIDA NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

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

A QUESTÃO SEGUINTE REFERE-SE A **COM QUE FREQUÊNCIA** VOCÊ SENTIU OU EXPERIMENTOU CERTAS COISAS NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

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

MÓDULO DEFICIÊNCIAS

A PRÓXIMA QUESTÃO PERGUNTA SOBRE SUA INCAPACIDADE (DEFICIÊNCIA/LIMITAÇÃO) DE UM MODO GERAL.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
27G	1	2	3	4	5
	Sua incapacidade (deficiência/limitação) tem um efeito negativo (ruim) em sua vida				

AS PRÓXIMAS QUESTÕES PERGUNTAM A RESPEITO DE **COMO VOCÊ SE SENTIU** SOBRE CERTAS COISAS, **O QUANTO ELAS SE APLICARAM** A VOCÊ E SE VOCÊ ESTEVE **SATISFEITO(A)** COM VÁRIOS ASPECTOS DA SUA VIDA NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
28	1	2	3	4	5
	Você sente que algumas pessoas tratam você de forma injusta?				
29	1	2	3	4	5
	Você precisa de que alguém “tome seu partido” quando tem problemas?				
30	1	2	3	4	5
	Você se preocupa com o que poderia acontecer com você no futuro? <i>Por exemplo, pensando sobre não ser capaz de cuidar de si mesmo(a) ou sobre ser um peso para outros no futuro.</i>				

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
31	Você se sente no controle da sua vida? <i>Por exemplo, você se sente comandando a sua vida</i>	1	2	3	4	5
32	Você faz suas próprias escolhas sobre sua vida no dia-a-dia? <i>Por exemplo, sobre aonde ir, o que fazer, o que comer.</i>	1	2	3	4	5
33	Você toma as grandes decisões na sua vida? <i>Por exemplo, decidir onde morar, ou com quem morar, como gastar seu dinheiro.</i>	1	2	3	4	5
34	Você está satisfeito(a) com sua habilidade para se comunicar com outras pessoas? <i>Por exemplo, como você diz as coisas ou defende seu ponto de vista, o modo como você entende as outras pessoas, através de palavras ou sinais.</i>	1	2	3	4	5
35	Você sente que as outras pessoas aceitam você?	1	2	3	4	5
36	Você sente que as outras pessoas respeitam você? <i>Por exemplo, você sente que os outros valorizam você como pessoa e que ouvem o que você tem para dizer?</i>	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
37	Você está satisfeito(a) com suas chances de se envolver em atividades sociais? <i>Por exemplo, de encontrar amigos, de sair para comer fora, de ir a uma festa, etc.</i>	1	2	3	4	5
38	Você está satisfeito(a) com suas chances para se envolver nas atividades de sua comunidade (locais)? <i>Por exemplo, participar do que está acontecendo em sua localidade ou vizinhança.</i>	1	2	3	4	5
39	Você sente que seus sonhos, expectativas e desejos irão se realizar? <i>Por exemplo, você sente que terá a chance de fazer as coisas que deseja ou de obter as coisas que deseja em sua vida?</i>	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
40	Você está satisfeito(a) com as oportunidades que você tem para trabalhar? <i>Por exemplo, com as ofertas de trabalho que recebe?</i>	1	2	3	4	5
41	Você está satisfeito(a) com as adaptações de seu ambiente à sua limitação? <i>Por exemplo, rampas de acesso, banheiros adaptados, elevadores, no caso de dificuldade de movimentação; sinalizações nas ruas, no caso de deficiência visual; intérpretes de LIBRAS, no caso de deficiência auditiva.</i>	1	2	3	4	5
42	Você está satisfeito(a) com as oportunidades que você tem de estudar? <i>Por exemplo, se você quiser que uma escola ou universidade o aceite como aluno(a).</i>	1	2	3	4	5
43	Você está satisfeito(a) com a sua alimentação? <i>Por exemplo, com a qualidade e com a quantidade de comida que você come</i>	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Totalmente
44	As barreiras físicas no seu ambiente afetam sua vida diária? <i>Por exemplo, degraus, escadas e descidas, no caso de dificuldade de movimentação;</i>	1	2	3	4	5

OBRIGADA POR SUA AJUDA!

ANEXO C - Questionário “Lesão no Esporte Adaptado”

QUESTIONÁRIO DE LESÃO NO ESPORTE ADAPTADO

Passo a passo do questionário:

- Responda as questões 1 e 2. Se a sua resposta na questão 2 for **Não**, você finalizou o questionário. Se a sua resposta na questão 2 for **Sim**, prossiga com os próximos passos.
- Selecione uma lesão na questão 3 e responda as próximas questões referentes a lesão selecionada.
- Se não houver mais lesões a serem notificadas, você finalizou o questionário.
- Se houver mais lesões a serem notificadas, responda mais um questionário sobre a segunda lesão, e assim sucessivamente até notificar todas as lesões.

1. Seu nome completo: _____

2. Você apresenta ou apresentou alguma lesão **que resultou em qualquer restrição na participação ou desempenho esportivo nos últimos 12 meses?**

- Sim
- Não

3. Selecione a região do seu corpo que apresenta ou apresentou alguma lesão nos últimos 12 meses:

MEMBROS INFERIORES	MEMBROS SUPERIORES	TRONCO
<input type="radio"/> Pé	<input type="radio"/> Ombro	<input type="radio"/> Cervical
<input type="radio"/> Tornozelo	<input type="radio"/> Cotovelo	<input type="radio"/> Torácica
<input type="radio"/> Joelho	<input type="radio"/> Antebraço	<input type="radio"/> Lombar
<input type="radio"/> Coxa	<input type="radio"/> Punho	<input type="radio"/> Abdômen
<input type="radio"/> Quadril	<input type="radio"/> Mão	<input type="radio"/> Peito

4. Qual é o membro afetado por essa lesão? (desconsiderar esta questão para lesões no tronco)

- Direito
- Esquerdo
- Ambos

5. Qual é o tipo possível dessa lesão?
- Contusão (*lesão produzida por trauma direto, sem que exista um ferimento na pele, pode formar uma mancha arroxeadada*)
 - Estiramento (*micro lesões de fibras sem apresentar ruptura muscular*)
 - Ruptura ou distensão muscular (*ruptura total ou parcial de fibras musculares*)
 - Tendinopatias (*processos inflamatórios nos tendões*)
 - Fratura (*interrupção na continuidade de um osso*)
 - Bursite (*inflamação da bolsa sinovial*)
 - Entorse (*estiramento dos ligamentos de uma articulação sem apresentar perda de contato entre as superfícies articulares*)
 - Luxação (*perda de contato entre as superfícies articulares*)
6. Quanto à severidade desta lesão:
- Leve (Ausência ou limitação funcional por 1 a 7 dias)
 - Moderado (Ausência ou limitação funcional por 8 a 21 dias)
 - Severo (Ausência ou limitação funcional por mais de 21 dias)
7. Momento de ocorrência da lesão:
- Treino
 - Competição
 - Outros
8. Caso a lesão tenha ocorrido no treino ou competição, indique a ação que realizava no momento da lesão:
- Passe/ recepção da bola
 - Bloqueio de ataque
 - Bloqueio de defesa
 - Finalização (arremesso)
 - Roubo de bola
 - Interceptação do passe
 - Interceptação do arremesso (toco)
 - Queda
 - Deslocamento (ataque)
 - Deslocamento (defesa)
 - Outro

9. Precisou de atendimento médico para tratar esta lesão?

- Sim
- Não

10. Precisou fazer exames de imagem para diagnóstico?

- Sim
- Não

11. Qual foi o diagnóstico médico?

12. Precisou de cirurgia?

- Sim
- Não

13. Precisou de fisioterapia? Quantas sessões?

- Sim, até 10 sessões
- Sim, até 20 sessões
- Sim, mais de 20 sessões
- Não

14. Essa lesão é:

- Nova
- Recorrente
- Complicação de lesão anterior relacionada ao basquetebol
- Complicação de lesão anterior não relacionada ao basquetebol

15. Se for uma lesão recorrente, quantas vezes você já apresentou esta lesão em treinos ou competições do Basquetebol em Cadeira de Rodas?

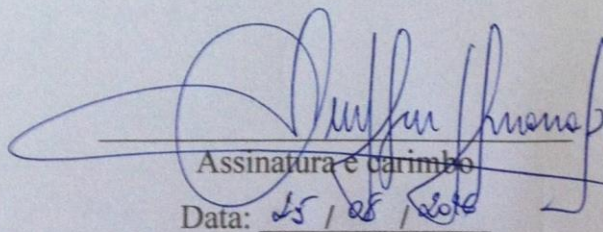
- 1 vez
- 2 vezes
- 3 ou mais vezes
- 1ª vez no basquetebol

ANEXO D - Autorização para a coleta de dados



Autorização para Coleta de Dados

Eu, **Ben Hur Chiconato** responsável pela instituição **Federação Paranaense de Basquete em Cadeira de Rodas**, declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “Associação entre lesões traumato-ortopédicas e qualidade de vida em atletas de basquetebol em cadeira de rodas”, sob-responsabilidade da pesquisadora **Thaiane Moleta Vargas** após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa-UEPG.


Assinatura e carimbo
Data: 25 / 05 / 2016

ANEXO E - Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS E QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

Pesquisador Responsável: Thaiane Moleta Vargas.

Pesquisadores participantes: Prof. Dr. Bruno Pedroso, Prof.^a Dra. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky.

Local da Pesquisa: A pesquisa será realizada através da rede mundial de computadores com a colaboração do ¹Departamento de Educação Física da Universidade Estadual de Ponta Grossa/PR e da ²Federação Paranaense de Basquetebol em Cadeira de Rodas

Endereço e telefone: 1Av. Gen. Carlos Cavalcanti, 4748. UEPG – Campus Uvaranas, (42) 3220-3140 / 3220-3141. 2 Não possui cede própria, o e-mail do atual presidente, Ben Hur Chiconato, é benhurchiconato@yahoo.com.br

PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras difíceis (estranhas, esquisitas) que você não entende. **Por favor, peça a quem está enviando este e-mail para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente. SE NÃO ENTENDER PERGUNTE QUANTAS VEZES FOREM NECESSÁRIAS, ATÉ ENTENDER.**

O objetivo deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se optar pelo *link* “concordo”, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

INTRODUÇÃO

O crescimento da participação das pessoas com deficiência (PCDs) em atividades esportivas de alto rendimento permitiu a esse público encarar todos os benefícios e malefícios que a prática de esportes nesse nível constitui, incluindo o aumento dos índices de lesões traumato-ortopédicas. A saúde física satisfatória é fundamental para que as pessoas, de modo geral, se mantenham ativas fisicamente e esta, por sua vez, pode estar diretamente relacionada a percepção positiva da qualidade de vida (QV) das PCDs.

Pesquisador responsável

Participante

PROPÓSITO DO ESTUDO

Analisar a relação entre lesões traumato-ortopédicas e a percepção da QV em atletas de basquetebol em cadeira de rodas inscritos na Federação Paranaense de Basquetebol em Cadeira de Rodas.

SELEÇÃO

Os critérios de inclusão são: (1) Estar inscrito na FPRBCR para o Campeonato Paranaense de 2017; (2) ter 18 anos ou mais.

Você terá acesso a dois questionários a partir do link “concordo”: (1) a avaliação da presença e nível das lesões traumato-ortopédicas será realizada por meio do Questionário de Lesão no Esporte (LAPREV/UFMG), (2) a percepção da QV será realizada por meio do WHOQOL-DIS-PD (THE-WHOQOL-DIS-GROUP, 2011), questionário específico para pessoas com deficiência física. Os resultados desta pesquisa serão usados somente neste projeto. Conforme a resolução CNS 247/05, com a sua autorização, o material armazenado poderá ser utilizado para pesquisas futuras.

É muito importante sua participação. Você estará ajudando na identificação da epidemiologia das lesões esportivas no basquetebol em cadeiras de rodas, o que pode ser importante para projetar equipamentos protetores e estabelecer ou alterar níveis de treinamento.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

Sua decisão em participar deste estudo é voluntária. Você pode decidir não participar. Uma vez que você decidiu participar da pesquisa, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não será punido, nem perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos realizados no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Prof. Dr. Bruno Pedroso, Prof.^a Dra. Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky e Thaianne Moleta Vargas irão coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados. Você pode discutir esta questão com a pesquisadora Thaianne Moleta Vargas em qualquer tempo do estudo nos dias que ela se coloca à disposição para as dúvidas abaixo.

CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você ou seus parentes tiver (em) alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do atleta, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar a pesquisadora Thaiane Moleta Vargas, de segunda a sexta-feira, no período da tarde, pelo telefone (42)88011253. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (COEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pelo telefone: (42)3220-3108. A COEP é de um grupo de pessoas com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PACIENTE:

Eu li e discuti com o investigador que enviou este TCLE os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o objetivo descrito acima.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia, por e-mail, deste Documento de Consentimento Informado.

o **Concordo** com os termos descritos acima e **aceito** participar da pesquisa

o **Discordo** com os termos descritos acima e **não aceito** participar da pesquisa

Pesquisador responsável

Participante

ANEXO F - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS E QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DE BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS

Pesquisador: THAIANE MOLETA VARGAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58747716.0.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.708.454

Apresentação do Projeto:

O crescimento da participação das pessoas com deficiência (PCDs) em atividades esportivas de alto rendimento permitiu a esse público encarar todos os benefícios e malefícios que a prática de esportes nesse nível constitui, incluindo o aumento dos índices de lesões traumato-ortopédicas. Considerando que a saúde física satisfatória é fundamental para que as pessoas, de modo geral, se mantenham ativas fisicamente e esta, por sua vez, pode estar diretamente relacionada a percepção positiva da qualidade de vida (QV) das PCDs, o objetivo da presente pesquisa será analisar a relação entre a incidência e nível das lesões traumato-ortopédicas e a percepção da QV em atletas de basquetebol em cadeira de rodas (BCR) inscritos na Federação Paranaense do referido esporte. A avaliação da presença e nível das lesões traumato-ortopédicas será realizada por meio do Questionário de Lesão no Esporte (LAPREVUFMG), o qual será adaptado para uma plataforma do Google Docs®, no modelo do Diagrama de Corlett, para atletas em cadeira de rodas. A percepção da QV será realizada por meio do WHOQOL-DIS-PD (THE-WHOQOL-DIS-GROUP, 2011), questionário específico para pessoas com deficiência física. A hipótese principal a ser confirmada com essa investigação é de que há relação negativa entre a QV e a incidência e nível das lesões traumato-ortopédicas em atletas de BCR do estado do Paraná.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.700.464

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a relação entre a incidência de lesões traumato-ortopédicas e a percepção da QV em atletas de BCR.

Objetivo Secundário:

- Identificar os aspectos epidemiológicos das lesões traumato-ortopédicas em atletas que praticam o BCR
- Avaliar a percepção da QV em atletas de BCR com e sem lesão traumato-ortopédica
- Identificar medidas não-farmacológicas de prevenção para diminuir e atenuar a ocorrência de lesões traumato-ortopédicas em atletas de BCR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Firma-se a interpretação de que o risco de participação na pesquisa, tanto para as pessoas com deficiência, como para os pesquisadores, não é mensurável. Tal interpretação tem como base o fato de que os sujeitos não serão expostos a riscos passíveis de serem verificados. No entanto, podem existir riscos não mensuráveis de ordem moral, emocional ou espiritual durante a solicitação de informações que dizem respeito às suas características demográficas e socioeconômicas.

Benefícios:

O benefício esperado será o levantamento de dados para projetar equipamentos protetores, estabelecer ou alterar níveis de treinamento e fornecer informações gerais aos atletas, apontando os fatores de risco relacionados à prática esportiva. Também será importante para identificar medidas não-farmacológicas de prevenção para diminuir a ocorrência dessas lesões no BCR, como por exemplo, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: adequado

Folha de rosto: adequada

Autorização da Federação Paranaense de Basquete em Cadeira de Rodas: presente e adequada

Recomendações:

Enviar relatório final via Plataforma Brasil (on line) após conclusão da pesquisa para evitar pendências com a COEP ou com a PROPESP.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaíras CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 1.708.484

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após avaliação do projeto, recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_762476.pdf	29/08/2016 13:38:49		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	29/08/2016 13:38:08	THAIANE MOLETA VARGAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/08/2016 13:31:49	THAIANE MOLETA VARGAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/08/2016 13:31:32	THAIANE MOLETA VARGAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	15/08/2016 15:52:10	THAIANE MOLETA VARGAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 01 de Setembro de 2016

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaíras, Bloco M, Sala 103.
Bairro: Uvaíras CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br