

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

LUCAS OSSAMU MOMOI PRESOTTO

**BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS: PERCEPÇÃO DE SAÚDE E
PERFIL DE ESTILO DE VIDA DOS SEUS PARTICIPANTES**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CURITIBA

2011

LUCAS OSSAMU MOMOI PRESOTTO

**BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS: PERCEPÇÃO DE SAÚDE E
PERFIL DE ESTILO DE VIDA DOS SEUS PARTICIPANTES**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Ciro Romelio Rodriguez Añez

CURITIBA

2011



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Campus Curitiba
Gerência de Ensino e Pesquisa
Departamento de Educação Física
Curso Bacharelado em Educação Física



TERMO DE APROVAÇÃO


Basquetebol em cadeira de rodas: percepção de saúde e perfil de estilo de vida dos seus praticantes.

por

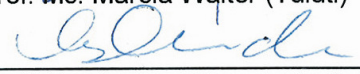
Lucas Ossamu Momoi Presotto

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi apresentado às 13h30 do dia 02 de dezembro de 2011 como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física. O aluno foi argüido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho Aprovado

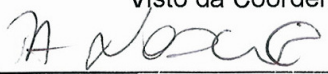
(aprovado, aprovado com restrições, ou reprovado).


Orientador Profº. Dr. Ciro Romélio Rodriguez Añez (UTFPR)


Prof. Ms. Marcia Walter (Tuiuti)


Profº. Ms. Carlos Eduardo da Costa Schneider (UTFPR)

Visto da Coordenação



Prof. Dr. Dalton Arnoldo Nascimento

Curitiba, 01 de dezembro de 2011

PRESOTTO, Lucas O.M. **Basquete em cadeira de rodas: percepção de saúde e perfil de estilo de vida dos seus praticantes.** Trabalho de conclusão de curso; Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Campus Curitiba, Departamento Acadêmico de Educação Física, Bacharelado em Educação Física, 2011.

RESUMO

O esporte adaptado surgiu como fator de prevenção e reabilitação física, social e psíquica, após a Segunda Guerra Mundial, percebe-se que com práticas de atividades físicas todo indivíduo sendo ele deficiente ou não apresentam melhoras na saúde, também se utiliza o esporte adaptado como fator de inclusão social. Cerca de 14,5% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, dentre elas aparece a deficiência física. O basquetebol em cadeira de rodas foi à primeira prática esportiva para deficiente introduzida no Brasil. Este trabalho caracterizado como estudo de caso descritivo, teve como objetivo determinar e avaliar o perfil de estilo de vida e a percepção de saúde em atletas de basquetebol em cadeira de rodas. A amostra foi composta por 20 praticantes do sexo masculino de uma equipe curitibana, onde os participantes teriam tempo mínimo de prática de 6 meses, com idade entre 18 e 40 anos. A avaliação se deu pelos questionários Estilo de Vida Fantástico e SF-36. Pela análise dos dados, todos os integrantes apresentam a classificação de boa, muito boa ou excelente, nos dois questionários utilizados, nenhum se enquadrando em ruim ou muito ruim.

Palavras chave: Esporte adaptado, deficiência física, inclusão social, basquetebol em cadeira de rodas.

PRESOTTO Lucas O.M. **Wheelchair Basketball: Perceptions of Health and Lifestyle Profile of its practitioners.** Completion of course work; Federal Technological University of Parana, Curitiba Campus, Academic Department of Physical Education, Bachelor of Physical Education, 2011.

The adapted sport emerged as a prevention factor and physical rehabilitation, social and emotional after the Second World War, it is clear that with physical activity every individual, been handicap or not he show improvements in health, also used the adapted sport as a factor of social inclusion. About 14.5% of the population has some type of disability, among them appears the physically challenged. The wheelchair basketball was the first sports to be introduced in Brazil. This work characterized as a descriptive case study, has as objective to determine and evaluate the lifestyle and health perception in basketball players in wheelchairs. The sample consisted of 20 male practitioners of a team from Curitiba, where participants would have at least 6 months of practice, between the ages of 18 and 40. The evaluation was made by the questionnaires Fantastic Lifestyle and SF-36. For data analysis, all members have ratings of good, very good or excellent in the two questionnaires used, and no one rated into bad or very bad.

Keywords: Sport adapted physical disability, social inclusion, wheelchair basketball.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Família e amigos	22
Tabela 2 – Atividade.....	22
Tabela 3 – Nutrição	23
Tabela 4 – Tabaco e tóxicos	24
Tabela 5 – Álcool.....	24
Tabela 6 – Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro	25
Tabela 7 – Tipo de comportamento.....	25
Tabela 8 – Introspecção.....	26
Tabela 9 – Trabalho	26
Tabela 10 – Relação Estilo de Vida Fantastico e percepção de saúde.....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 JUSTIFICATIVA.....	7
1.2 PROBLEMA.....	8
1.3 OBJETIVO GERAL.....	8
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 DEFICIÊNCIA.....	8
2.2 DEFICIÊNCIA FÍSICA (MOTORA).....	9
2.2.1 Lesão Medular.....	9
2.2.2 Amputados.....	10
2.2.3 Poliomielite.....	11
2.2.4 Anomalias Congênitas.....	12
2.2.5 Paralisia Cerebral.....	13
2.2.6 Acidente Vascular Cerebral.....	14
2.2.7 Traumatismo Cranioencefálico.....	15
2.3 INCLUSÃO E CIDADANIA.....	15
2.4 LIMITAÇÕES.....	16
2.4.1 Escaras.....	16
2.6 BASQUETEBOL.....	17
2.6.1 Basquetebol Em Cadeira De Rodas.....	18
2.7 SAÚDE , BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA.....	19
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	20
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
3.2 PARTICIPANTES.....	20
3.2.1 Critérios De Inclusão.....	21
3.2.2 Critérios De Exclusão.....	21
3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	21
3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	21
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	31

1 INTRODUÇÃO

O desporto adaptado para pessoas com deficiências começou a apresentar um maior avanço somente após a Segunda Guerra Mundial, tendo como contexto a prevenção e reabilitação física, social e psíquica, particularmente na Inglaterra e Estados Unidos. Porém, há relatos de que já se praticava atividades desportivas com deficientes desde a Grécia antiga (HEATH; FENTEM, 1997 apud NOCE; SIMIM; MELLO, 2008). Observa-se que com a prática regular de atividades de lazer ou desportivas adaptadas, portadores de algum tipo de deficiência apresentam efeitos significativos para a saúde física, mental e social (SOUZA; 1994 apud NOCE; SIMIM; MELLO, 2008).

Na maioria das vezes os portadores de deficiências que são iniciantes em um programa de atividade física podem demonstrar depressão e distúrbios de sono (NOCE; SIMIM; MELLO, 2008). Como a expectativa de vida desses indivíduos era muito baixa, vários morriam devido a problemas relacionados ao sedentarismo e ainda em decorrência das mais diversas infecções (GORGATTI; COSTA, 2008, p.148).

Com uma reabilitação bem planejada e assistida, tende a se minimizar as sequelas da lesão, assim não morrendo mais na fase aguda, e proporcionando uma qualidade de vida mais próxima ao normal (GORGATTI; COSTA, 2008, p.148).

No Brasil, o esporte adaptado iniciou com o basquete em cadeiras de rodas em 1957, sendo criados clubes especializados para trabalhar com portadores de necessidades especiais. Cerca de 14,5% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008). Isso pode ser considerado uma parcela significativa da população, mas ainda assim há poucos estudos sobre a qualidade de vida e dos fatores associados à essa população..

Este estudo, portanto, traça como eixo condutor a investigação da deficiência física, apresentando o basquetebol adaptado como fator de integração na sociedade e ainda a melhoria da saúde e bem-estar para seus praticantes.

1.1 JUSTIFICATIVA

As pessoas lesadas ou amputadas por terem sofrido um trauma têm dificuldade para aceitar a nova condição física, o que pode desencadear quadros de

depressão e outros transtornos psicológicos que levam a ter uma percepção da saúde diminuída. Programas de atividade física, esporte e recreação podem contribuir positivamente para o aumento da autoeficácia e autoestima, melhorando o perfil do estilo de vida e a saúde de maneira geral. (SOUZA; 1994 apud NOCE; SIMIM; MELLO, 2008).

Não há estudos conclusivos que reconheçam qual a percepção de saúde nem o perfil de estilo de vida de cadeirantes praticantes de basquetebol. Por isso então justifica-se a realização deste trabalho, uma vez que os resultados poderão fornecer subsídios para melhor orientar intervenções nesta parcela da população.

1.2 PROBLEMA

Qual a percepção de saúde e o perfil de estilo de vida de jogadores de basquetebol sobre rodas?

1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de saúde e o perfil de estilo de vida de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar a percepção de saúde em jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas.
2. Determinar o perfil de estilo de vida em jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas.
3. Analisar a associação entre a percepção de saúde e o perfil do estilo de vida dos praticantes de basquetebol em cadeira de rodas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEFICIÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve impedimento, deficiência e incapacidade da seguinte forma:

- impedimento – alguma perda ou anormalidade das funções ou da estrutura anatômica, fisiológica ou psicológica do corpo humano.

- deficiência – alguma restrição ou perda, resultante do impedimento, para desenvolver habilidades consideradas normais para o ser humano.
- incapacidade – uma desvantagem individual, resultante do impedimento ou da deficiência, que limita ou impede o cumprimento ou desempenho de um papel social, dependendo da idade, sexo e fatores sociais e culturais.

Já para a Constituição Federal (artigo 3º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999), (anexo F), pessoa portadora de deficiência:

é aquela que apresenta em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Existem vários tipos de deficiência, podendo ser auditiva, visual, física e deficiências múltiplas.

2.2 DEFICIÊNCIA FÍSICA (MOTORA)

Esta relacionada aos problemas ósteo-musculares ou neurológicos que acometem a estrutura ou função do corpo, interferindo na motricidade. Caracterizando-se por um distúrbio da estrutura ou da função do corpo, interferindo na movimentação e/ou na locomoção do indivíduo (GORGATTI; COSTA, 2008, p.221).

Para a legislação brasileira, pelo decreto nº 3.298 de 1999 (anexo F), trata a deficiência física como:

Art. 4...: - Deficiência Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

O comprometimento físico pode existir quando ocorre a falta de um membro (amputação), má formação ou deformação (alterações que acometem o sistema muscular e esquelético) (SCHIRMER et. all. 2007).

2.2.1 Lesão Medular

A medula espinhal tem por funções prover um centro de ações reflexas e transitar os impulsos por meio de um canal, indo ou vindo do cérebro. Após sofrer

uma lesão,, a medula não se regenera, e as funções sensitivas e motoras permanecem comprometidas GORGATTI; COSTA, 2008, p.149).

Lesões medulares podem ser adquiridas, devido a uma lesão da vertebra e/ou dos nervos da coluna vertebral. Se for afetada a medula, o incidente é conhecido com neurológico e, neste caso, as funções do sistema motor (movimentos), sensorial (sensibilidade) e autônomo são atingidos GORGATTI; COSTA, 2008, p.150). Com o aumento da violência urbana, essas lesões estão cada vez mais presentes. As causas mais comuns são agressão por arma de fogo e acidente de trânsito. A maioria das vítimas são jovens do sexo masculino, solteiros e residentes em áreas urbanas (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO). Lesões dessa gravidade acarretam importantes alterações no estilo de vida do indivíduo, causando perda parcial ou total da motricidade e sensibilidade, além do comprometimento vasomotor, intestinal, vesical e sexual (SALVADOR; TARNHOVI, 2004 apud VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006). Os programas de reabilitação são longos e onerosos, e na maioria das vezes não leva a cura, apenas a adaptação do paciente ao seu novo estado. O processo de reabilitação, todavia, vai além da simples prevenção dos danos causados pela lesão. O objetivo principal é a melhora da qualidade de vida através da independência funcional, elevação da autoestima e da inclusão social (GREVE, 1999 apud VALL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

Segundo Bromley (1997 apud SALVADOR; TARNHOVI, 2004), “a paraplegia é a paralisia completa de ambas as extremidades inferiores e de todo ou parte do tronco, como resultado do dano à medula espinhal torácica, lombar ou de raízes sacrais”.

Para a prática esportiva, deve-se conhecer muito bem o nível de lesão do indivíduo, para poder saber se foi ou não bem reabilitado. Esportes de rendimento deve ser praticado apenas pelos indivíduos que se encontram no estágio final do processo de reabilitação (GORGATTI; COSTA, 2008, p.151).

2.2.2 Amputados

Após uma amputação, a maioria dos indivíduos deparam-se com um grande sentimento de estranhamento de si próprio, tendo diferentes reações emocionais, e não se reconhecendo fisicamente. Pessoas que passaram por um trauma desses descrevem sentirem uma profunda angústia e indefinição em relação ao futuro,

devido as capacidades e limitações que estão por vir. A vivência de ter perdido uma parte do corpo consta como um aniquilamento de si. O indivíduo não reconhece o corpo como sendo seu. Essa perda concretiza uma destrutividade contra a qual não se consegue reagir. Nisso a destrutividade do trauma liga-se com uma agressividade própria do instinto vital e a pessoa se depara com um grande sentimento de culpa, que gera inibição instintual como forma de defesa. Assim, entende-se um esvaziamento de sentido da vida mostrado por eles. Trata-se de depressão patológica, proveniente pela perda concreta diante da qual o ser não encontra possibilidade de reparação. Outro fator que se observa é a negação disso ter acontecido, um relato de não vivência ao ocorrido, não havendo percepção de diferença, tanto emocional quanto física (GALVÁN; AMIRALIAN, 2009).

De acordo com Ortega (2002, p. 157 apud PAIVA, GOELLNER, 2008):

A condição de amputado era narrada como integrante de um modo de vida “anormal”, pois já não conseguiam mais se enquadrar nos padrões naturalizados como pertencentes à “normalidade”. Muitos deles afirmavam terem perdido não somente uma parte de seus corpos, mas, junto com ela, a vida que levavam, a saúde que tinham e a sua eficiência corporal. Por certo que, em uma sociedade que privilegia a performance e o dinamismo, “perder” uma perna significa deixar perder força, rigidez, juventude, longevidade, saúde, beleza [...] critérios que avaliam o valor da pessoa e condicionam suas ações.

O Brasil não apresenta estatística exata sobre o número de amputações realizadas por ano, todavia 85% delas são de membros inferiores, (LUCCIA, 2001 apud PAIVA; GOELLNER, 2008). Nisso, a maior causa de amputações em extremidades inferiores são decorrentes das complicações do diabetes. Em crianças, as amputações mais frequentes são as más-formações congênitas, outras causas relevantes são infecção, trauma e neoplasias(GORGATTI; COSTA, 2008, p.186).

2.2.3 Poliomielite

Também conhecida como “paralisia infantil”, encontra-se erradicada no Brasil desde o início dos anos 90, graças a política de prevenção, vigilância e controle. Sendo uma doença infecto-contagiosa viral aguda, caracteriza-se por um quadro de paralisia flácida de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e a sua evolução, geralmente, não ultrapassa três dias. Na maioria das vezes compromete os membros inferiores de forma assimétrica, e sua principal

característica é a flacidez muscular, a sensibilidade é conservada e há arreflexia no segmento atingido. O principal meio de transmissão é o contato direto de pessoa a pessoa, ocorrendo a transmissão pelas vias fecal-oral ou oral-oral, nesta última através de gotículas de muco da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar) (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2005, p.587).

A paralisia flácida em um ou mais membro será irreversível caso as células motoras da medula sejam destruídas (GORGATTI; COSTA, 2008, p.160).

O último caso registrado no Brasil de poliomielite ocorreu no município de Souza, na Paraíba, no ano de 1989. Já nas Américas, desde outubro 1994 está certificado que ocorreu a erradicação da doença. E no restante do mundo, o último caso de pólio selvagem pelo vírus do tipo II foi documentado na Índia em outubro de 1999 (SILVA, 2005).

2.2.4 Anomalias Congênitas

Anomalias congênitas podem ser definidas como "uma condição determinada por fatores causais que atuam antes do nascimento, cuja expressão clínica inclui defeitos em um ou mais órgãos, que podem ser estruturais ou funcionais". Apesar do termo congênito dizer que o defeito básico encontra-se ao nascer, nem sempre é possível percebê-los em recém-nascidos, já que pode se manifestar, clinicamente, mais tarde (GUILLER; DUPAS; PETTINGILL, 2007).

Essas anomalias devem ser vistas como síndromes cujo tratamento não visa apenas o aspecto ortopédico, o qual não deve ser encarado como objetivo principal (GORGATTI; COSTA, 2008, p.204).

Atualmente, as formas de deformidades congênitas são divididas em: ausência parcial ou total de um membro causada por falhas de formação, presença dos membros com desenvolvimento incompleto por deficiência de diferenciação, duplicação de estruturas causada por erros de segmentação, hipertrofia segmentar, bandas de constrição e síndromes complexas (GORGATTI; COSTA, 2008, p.206).

A classificação empregada por Frantz e O'Rahilly, se baseia na diferenciação entre deficiência transversa (onde a extremidade proximal está relativamente preservada) e deficiência longitudinal (que afeta o membro de maneira assimétrica) (GORGATTI; COSTA, 2008, p.205).

As deficiências transversas geralmente se comportam como uma amputação convencional, sendo necessário o quanto antes a utilização de órteses ou próteses para que a criança possa desenvolver esquemas adaptativos durante o seu desenvolvimento normal cognitivo (GORGATTI; COSTA, 2008, p.206).

Já nas deficiências longitudinais, tendo em vista que são essas deformidades que necessitam, em grande parte, de procedimentos cirúrgicos para seu tratamento, incluindo-se as amputações completas ou parciais (GORGATTI; COSTA, 2008, p.206).

O impacto causado por essas anomalias na saúde do indivíduo, na família e na sociedade é complexo, porque estas patologias são de natureza crônica, e ainda podem afetar muitos órgãos e sistemas. Além disso, os problemas médicos, psicológicos e econômicos, entre outros, que a família deverá encontrar são enormes, sendo imprescindível que todo programa de saúde apresente estratégias de prevenção voltadas para os defeitos congênitos (GUILLER; DUPAS; PETTENGILL, 2007).

2.2.5 Paralisia Cerebral

Distúrbio causado por lesão ou mau funcionamento do cérebro antes, durante ou logo após o nascimento (antes do três anos de idade). De característica não progressiva da motricidade que se dá presente na movimentação e postura (GORGATTI; COSTA, 2008, p.222, 223).

É o resultado de uma lesão que chega ao cérebro no período de desenvolvimento. Seu termo é usado para enfermidades encontradas no sistema nervoso central na criança, resultando em alterações do movimento, da postura, equilíbrio, coordenação, tônus muscular e movimentos voluntários. Pois não consegue trabalhar alguns músculos do corpo de maneira normal (paralisia). Dificuldades no andar, falar, comer ou brincar são fatores comuns em crianças que têm paralisia cerebral (GORGATTI; COSTA, 2008, p.223).

Dependendo do lugar do cérebro que foi lesionado e sua amplitude, o indivíduo apresenta locais diferentes do corpo afetados pela paralisia (GORGATTI; COSTA, 2008, p.228, 229):

Monoplegia/monoparesia – comprometimento de um único membro (GORGATTI; COSTA, 2008, p.229).

Hemiplegia – um lado do corpo sofre danos, o outro geralmente fica em condições normais, mas sofrendo interferência de reações e reflexos. Podem andar ou correr, com arrastamento da perna afetada (GORGATTI; COSTA, 2008, p.229).

Paraplegia/paraparesia - comprometimento do tronco e membros inferiores (GORGATTI; COSTA, 2008, p.229).

Diplegia – os quatro membros atingidos, onde os inferiores ficam mais comprometidos (GORGATTI; COSTA, 2008, p.229).

Quadriplegia/quadriparesia – os quatro membros afetados. Muito comum às crianças ficarem em cadeira de rodas, pois geralmente possuem dificuldades em mover todo corpo. Músculos da face e parte superior do corpo, quando afetados, trazem problemas na fala e na alimentação (GORGATTI; COSTA, 2008, p.229).

Dupla hemiplegia/dupla hemiparesia – os quatro membros atingidos, onde um hemicorpo mais afetado (GORGATTI; COSTA, 2008, p.229).

É uma deficiência significa que uma pequena parte dos milhões de células no cérebro foi danificada e não será desenvolvida. Não havendo regeneração das células e nem cura da lesão (GORGATTI; COSTA, 2008, p.231).

Além da lesão no cérebro e dos problemas nos movimentos, as pessoas com paralisia cerebral podem ainda sofrer com: dificuldades para engolir, sialorréia (baba), permanência de reflexos primitivos, distúrbios da fala e os sensoriais (visão, audição, outros...) convulsões, deficiência mental e distúrbios perceptomotores (GORGATTI; COSTA, 2008, p.234).

2.2.6 Acidente Vascular Cerebral

É uma lesão de uma área cerebral devido a interrupção da circulação sanguínea. Essas lesões podem atingir qualquer área do cérebro, inclusive as vitais. Geralmente, afeta o controle e a capacidade motora, a sensação e a percepção, a comunicação, as emoções e o estado de consciência. Nos momentos iniciais o indivíduo necessita de socorro médico de emergência para recuperar e fornecer oxigênio e dar os primeiros socorros. A partir disto, o quadro de seqüelas é definido ou há recuperação completa (GORGATTI; COSTA, 2008, p.238).

Ao suspender o suprimento sanguíneo, que cessa o fornecimento de oxigênio ao sistema nervoso central, pode ser originada por uma trombose cerebral, hemorragia ou embolia. Assim, pode-se dividir as causas em hemorrágica

(hipertensão, má-formação, aneurisma, geralmente levando a quadros mais graves) e isquemia (tumor, má-formação, trauma, trombo ou êmbolo, aterosclerose, entre outros) (GORGATTI; COSTA, 2008, p.238).

Após ocorrido o acidente vascular cerebral, ele se assemelha aos quadros motores da paralisia cerebral na classificação topográfica. Onde o mais comum é a hemiplegia em graus variados. No entanto, outras situações secundárias podem aparecer, como perda parcial da memória, problemas psicológicos, geralmente depressão e instabilidade emocional, incontinência urinária e intestinal, hemianopsia, perda de campos visuais e problemas perceptivos e proprioceptivos do lado afetado (GORGATTI; COSTA, 2008, p.239).

Na atualidade, o AVC é o maior causador de incapacidade funcional no ocidente, por conta disso, pode gerar uma diminuição da qualidade de vida com um impacto na vida cotidiana (PEDREIRA; LOPES, 2010)

2.2.7 Traumatismo Cranioencefálico

É originado por um problema cerebral causado por traumatismo ocorrido na cabeça (crânio). Pode produzir alterações ou diminuição no estado de consciência e a consequência são limitações do funcionamento motor, cognitivo, social, comportamental e emocional. Em relação às deficiências motoras, verifica-se a diminuição da coordenação, de planejamento e de seqüenciamento dos movimentos, os problemas de fala as convulsões, a espasticidade muscular, e uma série de alterações perceptivas e sensoriais (GORGATTI; COSTA, 2008, p.241).

Os TCE são classificados em dois tipos: abertos e fechados. As lesões abertas podem ser resultadas de acidentes, tiro ou de uma pancada ocasionada por um objeto causador da lesão. As fechadas ocorrem no cérebro de forma difusa. Elas variam de leve a severa e atingem áreas do cérebro controladoras das funções corporais. Os quadros motores também podem ser descritos devido a classificação topográfica da paralisia cerebral (GORGATTI; COSTA, 2008, p.241).

2.3 INCLUSÃO E CIDADANIA

Inclusão, de acordo com definições encontradas em dicionários de Língua Portuguesa, é o ato ou efeito de incluir, fazer parte. Assim, a inclusão social das pessoas com deficiências significa torná-las participantes da vida social, econômica

e política, garantindo o respeito aos seus direitos na Sociedade, Estado e Poder Público. A inclusão social tem por objetivo a vigência dos direitos específicos de portadores de deficiência e está diretamente ligada à vigência dos direitos humanos fundamentais (PORTAL DA SAÚDE).

Segundo a Constituição Federal:

Cidadania é a qualidade de cidadão. E cidadão é o indivíduo no gozo de seus direitos civis, políticos, econômicos e sociais numa sociedade, no desempenho de seus deveres para com esta.

Dignidade é a honra e a respeitabilidade devida a qualquer pessoa provida de cidadania.

Como já sabem, pessoas deficientes necessitam de cuidados especiais, diferenciando-as dos outros indivíduos. Dessa maneira, é importante compreender que essas pessoas devem ter direitos específicos, além dos direitos relativos a todos, como meio de compensar, na medida do possível, as limitações e/ou impossibilidades a que estão sujeitas (PORTAL DA SAÚDE).

Conforme FRANÇA; PAGLIUCA (2008):

O indivíduo que é considerado diferente carrega consigo as marcas de alteridade que os distanciam do protótipo social de uma cultura dada. Essas marcas delimitam, além do seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida, podendo, inclusive, lhe comprometer a conquista da cidadania.

A integração que o esporte leva até os portadores de limitações físicas é de grande importância para eles próprios e para as pessoas que convivem com os mesmos, permitindo-lhes melhor identidade na sociedade (LABRONICI et. al, 2000).

2.4 LIMITAÇÕES

2.4.1 Escaras

Também conhecida como Úlcera de Decúbitos, as escaras surgem pela compressão e a conseqüente falta de oxigenação e nutrição dos tecidos (pele, mucosas e tecidos subjacentes), que ocorre com a diminuição de mobilidade, permanecendo na mesma posição por longo período. As maiores ocorrências são com a compressão de uma área corporal próxima de proeminência óssea (MACHADO, 2000).

Machado (2000) ainda afirma que:

Dentre os vários fatores de risco para o desenvolvimento de escaras de decúbito, poderíamos destacar a limitação dos movimentos ativos, estados nutricionais debilitados, nível de consciência comprometido, perda da sensibilidade tátil e/ou térmica, estresse, etc., além da falta de atenção e cuidado daqueles encarregados de ajudar a pessoa nas mudanças de decúbitos, seja no âmbito do atendimento institucionalizado (hospitalar), seja em nível domiciliário. Os primeiros sinais aparecem na forma de áreas hiperemiadas (avermelhadas), localizadas próximas de grandes proeminências ósseas, como na região sacro-coccígea (final da coluna - muito frequente), calcâneos, joelhos, escápulas, nádegas, lateral da coxa, dentre outras. Por isso, recomenda-se friccionar bem as regiões avermelhadas com creme hidratante e/ou antisséptico até que a coloração da pele retome o aspecto normal, visando estimular a circulação de sangue e, conseqüentemente, a oxigenação e nutrição da área.

A compressão de áreas corporais é altamente dolorido para pessoas com a sensibilidade preservada (geralmente indivíduos com lesão cerebral). Já os que apresentam lesão medular não possuem sensibilidade tátil e térmica, assim representa maior risco do processo progredir e levar a formação de feridas (escaras), pois permanecem numa mesma posição por um longo período e não percebem que o local de átrito está sendo altamente comprometido. A isquemia tecidual (ausência de sangue localizada ou a grande redução de fluxo sanguíneo) progride com rápida velocidade dando o aspecto cianoso (roxo) e a formação de bolhas, que podem romper-se facilmente. Em poucos dias pode ocorrer a aparição de uma escara, mas sua cicatrização leva muito mais tempo, e ainda, muito sofrimento ao paciente (MACHADO, 2000).

Machado (2000) complementa:

Os parâmetros usados para avaliar os possíveis riscos de se adquirir escaras são: condição física (boa, média, ruim e muito ruim), estado mental (alerta, apático, confuso, estupor e inconsciente), continência (totalmente controlado, geralmente controlado, mínimo controle e ausência de controle) atividade (ambulante, anda com ajuda, sentado na cadeira e acamado), mobilidade (plena, ligeiramente limitada, muito limitada e imóvel) e estado nutricional (bom, médio e pobre). Vale a pena acrescentar os seguintes aspectos relativos à pele: cor (pálida, rosada, acinzentada, avermelhada, cianótica, ictérica e outras), umidade (úmida, seca, oleosa e outras), temperatura (fria, fresca, morna e quente), textura (lisa, áspera, fina/transparente, escamosa, com crostas e outras).

2.6 BASQUETEBOL

O basquetebol foi criado em Dezembro de 1891 - mas não há registros do dia exato da realização do primeiro jogo -, seu fundador foi o canadense James Naismith, com 30 anos na época. Ele foi convocado por Luther Halsey Gullick, diretor do Springfield College, Colégio Internacional da Associação Cristã de Moços

(ACM), com o objetivo de criar um jogo com o intuito de ser praticado no inverno. Então, ele desenvolveu uma atividade onde se utilizaria uma bola, maior que a de futebol, que quicasse com regularidade. Decidiu-se jogar com as mãos para evitar possíveis choques caso fosse jogado com os pés, a bola não poderia ficar muito tempo retida e nem poderia ser batida com o punho fechado, para que nas disputas de lances fossem evitados socos acidentais. Ainda havia a preocupação em relação ao alvo a ser atingido pela bola. Primeiramente a ideia foi deixá-lo no chão, mas ficaria parecido com outros esportes, como hóquei e futebol. Então, resolveu-se fixar o alvo a 3,5 metros de altura, estimulando um certo grau de dificuldade (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASKETBALL).

Contudo, permanecia a dúvida do que utilizar como alvo. Foi aí que Naismith pediu ao zelador do colégio que lhe trouxesse duas caixas com aberturas aproximadas de 8 polegadas cada. Depois de ir ao depósito, o zelador voltou trazendo dois velhos cestos de pêssego, que foram pregados na parte superior de duas pilastras, uma de cada lado do ginásio, a uma altura exata de 3,5 metros, permanecendo assim até hoje. (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASKETBALL).

Suas primeiras regras foram escritas rapidamente, contendo 13 itens. Assim o basquetebol estava pronto para ser jogado. Após alguns meses outro problema vinha sendo notado. Cada vez que um time fazia uma cesta, um jogador tinha que subir a pilastra para retirar a bola. No entanto, encontraram a solução cortando a base do cesto para que a bola passasse por ele (CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BASKETBALL).

2.6.1 Basquetebol Em Cadeira De Rodas

O basquetebol em cadeira de rodas teve sua origem nos Estados Unidos pelos veteranos da Segunda Guerra Mundial, em 1945. E é uma das poucas modalidades que esteve presente em todos os Jogos Paraolímpicos (COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO). No mesmo período na Inglaterra surgia o basquetebol sobre cadeira de rodas como prática esportiva terapêutica, sendo utilizado no processo de reabilitação de lesados medulares no Hospital Stoke Mandeville (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006).

Segundo Stronhkendl (1996 apud TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006) em 1955, nos Estados Unidos, o presidente da *National Wheelchair Basketball Association* – NWBA – Tim Nugent, pensou em um modo de garantir que todos tivessem o direito de participar de tal modalidade, ficando conhecida como “A Filosofia de Normalização de Nugent”:

Qualquer indivíduo que apresentar comprometimento nas pernas, ou nas partes inferiores do corpo, estando desse modo impossibilitado de praticar o basquetebol convencional, será considerado elegível para jogar basquetebol em cadeira de rodas.

Criou-se uma Classificação Funcional para o basquetebol para cadeirantes, que visa a valorização das condições de movimento dos atletas e, ao mesmo tempo, possibilitar àqueles que possuem um maior comprometimento na mobilidade, para também terem um espaço na prática da modalidade (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006).

De acordo com o comprometimento físico-motor de cada atleta, existe uma escala obedecendo os números 1, 2, 3, 4 e 4,5. Foram criadas classes intermediárias para poder facilitar a participação e classificação de indivíduos que apresentem qualidades de mais de uma classe distinta (os chamados casos limítrofes), essas classes são: 1,5, 2,5 e 3,5. A regra é de que quanto maior for a deficiência, menor será sua classe. A pontuação máxima presente em quadra não pode ultrapassar 14 pontos, na soma dos 5 jogadores (COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO).

As regras do basquetebol sobre cadeira de rodas (anexo E) são semelhantes as do basquetebol convencional. Todavia, ocorrem algumas modificações, principalmente sobre o uso da cadeira de rodas (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2006).

2.7 SAÚDE, BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA

A definição de qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde (1998): “É a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”

Segunda a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

A qualidade de vida pode ser considerada tanto numa perspectiva individual quanto social. Na perspectiva individual, avalia-se as condições de saúde e outros aspectos gerais da vida pessoal como satisfação com a vida, pois essa satisfação pode ser refletida em uma escala que avalia a autoestima. Indivíduos com o estilo de vida mais ativo tem uma maior autoestima e a percepção de bem-estar psicológico positivo. Para Rodriguez (2003):

De qualquer maneira, deve-se considerar como pré-requisito ou componente fundamental para edificar a qualidade de vida, o atendimento das necessidades humanas básicas como o alimento, a moradia, a educação e o trabalho. Qualidade de vida é algo que envolve bem-estar, felicidade, sonhos, dignidade e cidadania. Dentro de uma perspectiva social, utilizam-se indicadores estatísticos que caracterizam o grau de qualidade de vida ou nível de desenvolvimento humano. Alguns indicadores são: a expectativa de vida, os índices de mortalidade e morbidade, os níveis de escolaridade, alfabetização, renda per capita, desemprego, desnutrição e obesidade.

A atividade física influencia de forma positiva a saúde física e psicossocial, ainda trazendo benefícios à maior parte dos componentes estruturais e funcionais do sistema musculoesquelético, elevando a capacidade funcional e, conseqüentemente, melhorando os aspectos relacionados a qualidade de vida. Sendo importante em todos os estágios da vida (ALLSEN; HARRISON; VANCE, 2001, p.10).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, pois os atletas foram selecionados por conveniência, e a participação dos mesmos se dará por voluntariedade. Ainda trata-se de um estudo descritivo, pois procura-se retratar a percepção da saúde e o perfil do estilo de vida num momento específico da história de vida desses atletas.

3.2 PARTICIPANTES

20 atletas de uma equipe de basquetebol em cadeira de rodas.

3.2.1 Critérios De Inclusão

Tempo mínimo de prática de 6 meses
Idade de 18 até 40 anos.

3.2.2 Critérios De Exclusão

O preenchimento incorreto dos questionários.

3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Será realizado o questionário de percepção de saúde SF-36 (anexo C), para este, utilizou-se apenas a primeira questão, sobre percepção de saúde, comparando com os resultados do outro questionário e o questionário de perfil de estilo de vida fantástico (anexo D).

3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS

Não apresenta risco, pois as informações serão levantadas por meio de questionário, sendo que neste não consta nenhuma variável de identificação do sujeito.

Não há benefícios imediatos para o participante. Contudo, as informações levantadas permitirão identificar carência ou necessidades que podem ser trabalhadas por meio de aconselhamento ou programas de intervenção específicos.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão tratados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisou-se 20 indivíduos praticantes de basquetebol sobre cadeira de rodas, com idades variando de 19 a 40 anos.

As tabelas a seguir apresentam as questões referentes ao Estilo de Vida Fantástico, as questões são respondidas dentro de uma escala Likert com 5 níveis e que são convertidas em escores, onde a menor alternativa vale 0 (zero) pontos e a maior alternativa 4 (quatro). Para efeitos de interpretação, os valores 0, 1 e 2 são interpretados como o indivíduo tendo um comportamento inadequado para a saúde nesse item e os escores 3 e 4 como adequado.

Tabela 1 – Família e amigos

Família e amigos	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	14 (70%)
Dou e recebo afeto	1 (5%)	0 (0%)	2 (10%)	3 (15%)	14 (70%)

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 1 representa pelo domínio Família e amigos, apresenta duas questões, sendo que a primeira sobre se o indivíduo tem alguém para conversar, nota-se que 18 indivíduos (90%) estão no quesito suficiente para uma boa saúde. Já na questão de dar e receber afeto, 17 (85%) entraram no padrão suficiente.

Tabela 2 – Atividade

Atividade	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta etc.)	0 (0%)	1 (5%)	9 (45%)	5 (25%)	5 (25%)
Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	3 (15%)	2 (10%)	6 (30%)	4 (20%)	5 (25%)

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o domínio atividade, mostrado pela tabela 2, como a questão que pergunta se são vigorosamente ativos pelo menos durante 30 min por dia, ela pergunta sobre corridas e andar de bicicleta, mas como apresentam a condição de

cadeirantes, foi considerado o fato do quanto eles próprios empurram sua cadeira, mostrando equilibrada, tendo 10 (50%) se encaixando como suficiente no padrão. Já sobre se eles são moderadamente ativos, menos da metade classifica-se como suficiente, apenas 9 (45%).

Tabela 3 – Nutrição

Nutrição	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Como uma dieta balanceada	1 (5%)	7 (35%)	9 (45%)	1 (5%)	2 (10%)
	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
Freqüentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos	4 (20%)	4 (20%)	7 (35%)	2 (10%)	3 (15%)
	Mais de 8 Kg	8 Kg	6 Kg	4 Kg	2 Kg
Estou no intervalo de ____ quilos do meu peso considerado saudável	5 (25%)	3 (15%)	5 (25%)	2 (10%)	5 (25%)

Fonte: Dados da pesquisa

Analisando o domínio nutrição tabela 3 apenas três indivíduos são considerados que comem uma dieta balanceada. Sobre a questão se eles ingerem em excesso algum ingrediente como açúcar, sal, gordura animal ou bobagens e salgadinhos, apenas 5 (25%) estão no grupo suficiente. Referente ao intervalo de quantos quilos eles se apresentam de seu peso considerado saudável, 7 dos praticantes (35%) estão em um nível suficientemente aceitável de seu peso ideal.

Tabela 4 – Tabaco e tóxicos

Tabaco e tóxicos	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
Eu fumo cigarros	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (5%)	18 (90%)
	Algumas vezes	Três itens			Nunca
Eu uso drogas como maconha e cocaína	1 (5%)				19 (95%)
	Quase diariamente	Com relativa freqüência	Com pouca freqüência	Quase nunca	Nunca
Eu abuso de remédios ou exagero	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)
	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Eu ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou “colas”)	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	12 (60%)	3 (15%)

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a tabela 4, referente ao domínio tabaco e tóxicos, a primeira questão se o praticante fuma cigarros, 19 (95%) deles se encaixam no grupo suficiente. Analisando a questão do consumo de drogas, também 19 (95%) dos 20 nunca utilizaram, nenhum tipo de intorpecentes classificando-se como suficiente para boa saúde. Em relação com o consumo abusivo de remédios, todos os 20 participantes (100%) responderam apresentando-se no nível de suficiente para uma boa saúde. Na ingestão diária de cafeína, percebe-se que 15 (75%) estão como suficiente.

Tabela 5 – Álcool

Álcool	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
A minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	18 (90%)
	Quase diariamente	Com relativa freqüência	Com pouca freqüência	Quase nunca	Nunca
Eu bebo mais de quatro doses em uma ocasião	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	5 (25%)	11 (55%)
	Algumas vezes				Nunca
Eu dirijo após beber	2 (10%)				18 (90%)

Fonte: Dados da pesquisa

O domínio sobre álcool, apresentado na tabela 5, é dividido em três questões, sendo que a primeira, todos os indivíduos (100%) são classificados com suficientes para o consumo de álcool por semana, representando a pergunta se o

praticante ingere mais de quatro doses de álcool em uma ocasião, percebe-se que 16 (80%) apresentam-se como suficientes. Ainda, 18 (90%) dos pesquisados, sobre direção após o consumo de álcool se enquadram como suficientes.

Tabela 6 – Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro

Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Eu durmo bem e me sinto descansado	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	10 (50%)	5 (25%)
	Quase diariamente	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
Eu uso cinto de segurança	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	19 (95%)
	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Eu sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	7 (35%)	12 (60%)
Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	0 (0%)	1 (5%)	1 (5%)	7 (35%)	11 (55%)
Eu pratico sexo seguro	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	4 (20%)	15 (75%)

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 6 mostra o domínio referente a sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro, quando perguntados se dormiam bem e sentiam-se descansados, 15 praticantes (75%) classificam-se como suficiente. Para o quesito usar cinto de segurança, percebe-se que os 20 participantes (100%) aparecem no nível suficiente. 19 indivíduos (95%), são suficientes para lidar com o stress do seu dia-a-dia. E 18 (90%) são suficientes em relação a relaxar e desfrutar do seu tempo de lazer. Já no ultimo quesito deste domínio, um único atleta (5%) se encaixa como insuficiente na pratica de sexo seguro.

Tabela 7 – Tipo de comportamento

Tipo de comportamento	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Apresento estar com pressa	1 (5%)	1 (5%)	3 (15%)	10 (50%)	5 (25%)
Eu me sinto com raiva e hostil	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	11 (55%)	8 (40%)

Fonte: Dados da pesquisa

A análise da tabela 7 sobre o domínio tipo de comportamento demonstra que se eles aparentam estar com pressa, 15 (75%) são classificados como suficientes.

Em relação ao sentimento de raiva e hostilidade 19 atletas (95%) entram no quesito suficiente para uma boa saúde.

Tabela 8 – Introspecção

Instropecção	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Eu penso de forma positiva e otimista	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	7 (35%)	11 (55%)
	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Eu me sinto com raiva e hostil	0 (0%)	0 (0%)	4 (20%)	11 (55%)	5 (25%)
Eu me sinto triste e deprimido	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	11 (55%)	8 (40%)

Fonte: Dados da pesquisa

O domínio introspecção está dividido em três perguntas, onde a primeira que fala sobre pensar de forma positiva e otimista, a maioria, 18 indivíduos (90%) aparecem no grupo suficiente. Segundo a questão sentir com raiva e hostil, 16 participantes (80%) se enquadram em um padrão suficiente ao nível desejado. Quando perguntados sobre se sentir triste e deprimidos, 19 representantes (95%) classificaram-se como suficientes.

Tabela 9 – Trabalho

Trabalho	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Eu estou satisfeito com meu trabalho ou função	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	7 (35%)	9 (45%)

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 9, referente ao domínio trabalho, apresenta apenas a questão se está satisfeito com seu trabalho ou função, 16 atletas (80%) permanecem no grupo de suficientes.

A tabela 10 mostra uma relação entre a questão de como o indivíduo diria que sua saúde geral apresenta, realizado pela primeira questão do questionário SF-36, e a análise dos dados do questionário Estilo de Vida Fantástico.

Essa associação entre os dois questionários mostra que 3 praticantes (15%) apresenta a saúde excelente pelos dois padrões, a maior relação entre eles está no muito bom, ou seja, 7 indivíduos (35%), e apenas 1 (5%) está no nível bom de saúde, os demais 8 participantes (45%) variam entre os três quesitos nas duas

pesquisas, ainda percebe-se que nenhum deles apresentou nível ruim e muito ruim em nenhum dos questionários.

Tabela 10 – Relação Estilo de Vida Fantastico e percepção de saúde

		Classificação EV			Total
		Bom	Muito bom	Excelente	
Saúde geral	Excelente	0 (0%)	1 (5%)	3 (15%)	4 (20%)
	Muito boa	1 (5%)	7 (35%)	3 (15%)	11 (55%)
	Boa	1 (5%)	3 (15%)	1 (5%)	5 (25%)
Total		2 (10%)	11 (55%)	7 (35%)	20 (100%)

Fonte: Dados da pesquisa

Pela análise das tabelas, nota-se que a maioria dos praticantes de basquetebol sobre cadeira de rodas, apresenta um bom nível de qualidade de vida, tanto que pela tabela 1 já se percebe como todos os indivíduos classificaram-se de bom para cima, ainda apenas algumas questões dentro dos domínios têm seus resultados com a maioria dos entrevistados insuficiente. Em relação à tabela 2, sobre atividade, provavelmente devido às limitações físicas que eles possam apresentar, as duas questões estão com um escore na maioria insuficiente, onde encontram dificuldades para realização de certas tarefas.

No domínio dieta, a questão comer uma dieta balanceada, e se frequentemente come em excesso algum dos grupos apresentado, hoje em dia poucas pessoas se encaixariam em um padrão suficiente, já que poucos têm a preocupação em manter uma dieta saudável, e em estar no intervalo de quantos quilos de seu peso ideal, possivelmente também neste quesito por os indivíduos apresentarem a limitação física, eles possam apresentar que a maioria se enquadre fora do seu padrão de peso ideal.

5 CONCLUSÃO

Devido os indivíduos pesquisados no referente estudo apresentarem algum tipo de limitação, era de se esperar uma qualidade de vida abaixo do padrão, mas isso não se apresentou, graças a pratica esportiva do basquetebol, com isso aumentando o convívio social e assim diminuindo níveis de estresses e depressão.

Observando a análise dos dados, referente a tabela 10, onde apresenta o Estilo de Vida Fantástico associado a questão de percepção de saúde do questionário SF-36 todos os pesquisados foram classificados no nível de bom para cima, nenhum se apresentando como ruim ou muito ruim e uma boa parte deles ainda são classificados no mesmo nível entre os dois questionários.

De acordo com as demais tabelas, quase em todas, eles são classificados como tendo um nível suficiente para uma boa saúde, assim pode se dizer que apesar da condição física desse grupo, isso não interfere para sua qualidade de vida, apenas no quesito relacionado a atividade física, onde apenas alguns participantes apresentavam dificuldades.

Um dado interessante foi em relação ao consumo de álcool, tabaco e drogas, onde os resultados foram bem baixos para o consumo de qualquer um dos três, já que atualmente esse índice vem crescendo consideravelmente, talvez pela condição de atletas em um esporte de alto rendimento, apresentasse um valor tão baixo para essas questões.

REFERÊNCIAS

Allsen, Philip E.; Harrison, Joyce M.; Vance, Barbara; **Exercício e Qualidade de Vida: Uma Abordagem Personalizada**. 1. ed. brasileira, São Paulo: Manole, 2001.

Comitê Paraolímpico Brasileiro. **Basquetebol em Cadeira de Rodas**. Disponível em: <<http://www.cpb.org.br>>, acesso em: 19/10/2010.

Confederação Brasileira de Basketball. **A História Oficial do Basquete**. Disponível em: <<http://www.cbb.com.br>>, acesso em: 19/10/2010.

Gorgati, Márcia G.; Costa, Roberto F. **Atividade Física Adaptada: Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2008.

Guia de Vigilância Epidemiológica. Fundação Nacional de Saúde. 6a. ed. Brasília (DF): FUNASA; 2005.

Guiller, Cristiana A.; Duppas, Giselle; Pettengill, Myriam A. M.; **Criança com anomalia congênita: estudo bibliográfico de publicações na área de enfermagem pediátrica**. Acta Paul Enferm 2007;20(1):18-23.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE e CORDE abrem encontro internacional de estatísticas sobre pessoas com deficiência**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=438&id_pagina=1>, acessado em: 07/12/2011.

Machado, Willian C. A. **Escaras: um pesadelo no cotidiano das pessoas portadoras de deficiência motora**. Disponível em: <<http://www.fapedangola.org/>>, acesso em: 21/10/2010.

Noce, Franco; Simim, Mário A. M.; Mello, Márcio T. **A percepção da qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência física pode ser influenciada pela prática de atividade física?** Rev Bras Med Esporte – Vol. 15, No 3 – Mai/Jun, 2009.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>, acesso em: 17/10/2010.

Paiva, Luciana L.; Goellner, Silvana V. **Reinventing life: a qualitative study on the cultural meanings attributed by amputees to body reconstruction through**

implantation of prosthetics. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.26, p.485-97, jul./set. 2008.

Pedreira, Larissa C.; Lopes, Regina L.M. **Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral.** Rev Bras Enferm, Brasília 2010 set-out; 63(5): 837-40.

Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>, acesso em: 18/10/2010.

Presidência da Republica. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>, acesso em: 17/10/2010

Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. **Mapa da morbidade por causas externas.** Disponível em: <<http://www.sarah.br>>, acesso em: 20/10/2010.

Rodriguez, Añez C. R. **Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares.** 2003

Salvador, LA; Tarnhovi, EG. **Estudo comparativo da qualidade de vida em indivíduos com trauma raquimedular praticantes e não-praticantes de atividades físicas, utilizando o questionário genérico SF-36.** Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/raquimedular/raquimedular.htm>>, acesso em 20/10/2010.

Silva SJM. **A vigilância da Poliomielite - Paralisias Flácidas Agudas.** Rev Bras Enferm 2005 jan-fev; 58(1):110-1.

Schirmer, Carolina R.; Browning, Nádia; Bersch, Rita; Machado, Rosângela. **Atendimento educacional especializado.** SEESP/ SEED/ MEC; Brasília – DF – 2007.

Teixeira, Ana M. F.; Ribeiro, Sônia M. **Basquetebol em Cadeira de Rodas.** Comitê Paraolímpico Brasileiro. Brasília (DF); 2006.

Vall, Janaina; Braga, Violante B. B.; Almeida, Paulo C. **Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática.** Arq europsiquiatr 2006;64(2-B):451-455.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG N° _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: “BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS: UMA PERCEPÇÃO DE SAÚDE E PERFIL DE ESTILO DE VIDA PARA SEUS PARTICIPANTES”, cujos objetivo é analisar a percepção de saúde e o perfil de estilo de vida de jogadores de basquetebol em cadeiras de rodas.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário referente a percepção de saúde e um do perfil do estilo de vida.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

O pesquisador envolvido com o referido projeto é Lucas Ossamu Momoi Presotto, acadêmico do curso Bacharelado em Educação Física, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, e com ele poderei manter contato pelo telefone (41)30150410 e (41)85026778.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Curitiba, __ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

ANEXO B – Autorização da Instituição

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu _____, abaixo assinado, responsável pela(o) _____, autorizo a realização do estudo “BASQUETEBOL EM CADEIRA DE RODAS: UMA PERCEPÇÃO DE SAÚDE E PERFIL DE ESTILO DE VIDA PARA SEUS PARTICIPANTES”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Declaro também que fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Curitiba, ____ de _____ de 2011

ASS

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

ANEXO C – Questionário de percepção de saúde SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função exercida no trabalho:

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma	1	2	3	4	5	6

pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D – Estilo de Vida Fantástico

Instruções: Ao menos que de outra forma especificado, coloque um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado. As explicações às questões que geram dúvidas encontram-se no verso.

Família e amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim Eu dou e recebo afeto	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Menos de 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Eu como uma dieta balanceada (ver explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu frequentemente como em excesso 1) açúcar 2) sal 3) gordura animal 4) bobagens e salgadinhos	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Eu estou no intervalo de ___ quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8 Kg	8 Kg	6 Kg	4 Kg	2 Kg
	Eu fumo cigarros	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
Tabaco e tóxicos	Eu uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes				Nunca
	Eu abuso de remédios ou exagero	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
Álcool	Eu ingiro bebidas que contém cafeína (café, chá ou coca-cola)	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
	A minha ingestão média por semana de álcool é: ___ doses (veja explicação)	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Eu bebo mais de 4 doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Eu dirijo após beber	Algumas vezes				Nunca
Sono, sinto de segurança, stress e sexo seguro	Eu durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu uso cinto de segurança	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Eu sou capaz de lidar com o stress do meu dia-a-dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu pratico sexo seguro (veja explicação)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre

Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Eu me sinto com raiva e hostil	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Instropecção	Eu penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu sinto tenso e desapontado	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Eu me sinto triste e deprimido	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Eu estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

Instruções.

Dieta balanceada (para pessoas com idade de 4 anos ou mais).

Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida. A quantidade de comida necessária por dia dos 4 grupos de alimentos dependem da idade, tamanho corporal, nível de atividade física, sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. A tabela abaixo apresenta o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Por exemplo, crianças podem escolher o número menor de porções, enquanto que adolescentes do sexo masculino podem escolher um número maior de porções. Para a maioria das pessoas o número intermediário será suficiente.

Grãos e cereais	Frutas e vegetais	Derivados do leite	Carnes e semelhantes	Outros alimentos
Escolha grãos integrais e produtos enriquecidos com maior frequência	Escolha vegetais verde-escuro e laranja com maior frequência	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura	Escolha carnes magras, aves e peixes assim como ervilhas, feijão e lentilha com mais frequência.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos possuem altos conteúdos de gordura e calorias e devem ser usados com moderação
Porções recomendadas por dia				
5-12	5-10	Crianças (4-9 anos) 2-3 Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2-3	

Álcool. 1 dose= 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 curto (42 ml).
Sexo seguro. Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.

ANEXO E - REGRAS DO JOGO DE BASQUETE EM CADEIRA DE RODAS

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE BASQUETE EM CADEIRA DE RODAS (IWBF)

REGRAS DO JOGO DE BASQUETE EM CADEIRA DE RODAS

As regras do basquete em cadeira de rodas são muito semelhantes às do jogo de basquete tradicional. São feitas apenas algumas modificações que levam em consideração a cadeira de rodas, a mecânica da sua locomoção e a necessidade de se jogar sentado.

REGRAS GERAIS

Como no basquete tradicional são cinco jogadores em cada uma das equipes, com dois períodos de 20 minutos, usando 30 segundos de posse de bola. No caso de empate no fim do segundo período, uma prorrogação de 5 minutos será usada para o desempate.

A QUADRA

A quadra de jogo deve ter as dimensões de 28 m x 15 m, medidas estas que são requeridas para competições da IWBF. A quadra deve ser delimitada por linhas, sendo que as linhas de lance livre e de três pontos são de acordo com as regras da FIBA. A altura da cesta é a mesma do basquete tradicional (3,05m).

A CADEIRA DE RODAS

A cadeira deve se adequar a certos padrões para garantir segurança e competitividade.

A cadeira pode ter 3 ou 4 rodas, sendo duas rodas grandes na parte traseira e uma ou duas na parte frontal. Os pneus traseiros devem ter o diâmetro máximo de 66 cm e deve haver um suporte para as mãos em cada roda traseira. A altura máxima do assento não pode exceder 53cm do chão e o apoio para os pés não poderá ter mais que 11cm a partir do chão, quando as rodas dianteiras estiverem direcionadas para frente. A parte de baixo dos apoios devem ser apropriados para evitar danos à superfície da quadra.

O jogador poderá usar uma almofada de material flexível no assento da cadeira. Ela deverá ter as mesmas dimensões do assento e não poderá ter mais de 10cm de espessura, exceto para jogadores de classe 3.5, 4.0 e 4.5, onde a espessura deverá ser de no máximo 5 cm.

Os jogadores podem usar faixas e suportes que o fixem na cadeira ou faixas para prender as pernas juntas. Aparelhos ortopédicos e protéticos podem ser usados. O cartão de classificação dos jogadores deve informar o uso de próteses e afins e indicar todas as adaptações na posição do jogador na cadeira.

Pneus pretos, aparelhos de direção e freios são proibidos. Os árbitros devem checar as cadeiras dos jogadores no início do jogo, para que conferir se estas cadeiras estão de acordo com as normas estabelecidas.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE JOGADORES

O basquete em cadeira de rodas é um jogo para pessoas com deficiências permanentes nos membros inferiores. O sistema classifica os jogadores baseado na observação de seus movimentos durante uma performance de habilidades de basquete como: empurrar a cadeira, driblar, passar, receber, arremessar e pegar rebotes. As classes são: 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 e 4.5. A cada jogador é atribuído um valor em pontos igual à sua classificação.

Os pontos dos cinco jogadores são somados para formar um time que alcance um determinado total de pontos. Para os Campeonatos Mundiais da IWBF, competições para-olímpicas, campeonatos locais e torneios classificatórios para esses eventos o time não pode exceder a 14 pontos.

Cada jogador possui um cartão de classificação que deve ser usado durante o jogo. O cartão mostra a classificação do jogador, indicando também quaisquer modificações no seu assento e o uso de faixas ou aparelhos protéticos e ortopédicos.

BOLA AO ALTO

Cada período começa com a decisão da posse de bola (Bola ao Alto). O jogador não pode se levantar da cadeira (falta técnica). Portanto, os jogadores com o acento mais alto são beneficiados.

No caso de uma “bola presa”, onde o jogador tem as duas mãos na bola durante a partida, cada equipe tem a posse de bola em lateral alternadamente. A direção da próxima posse em decorrência de uma “bola presa” é indicada por uma seta na mesa de controle.

VIOLAÇÕES ESPECÍFICAS PARA O BASQUETE EM CADEIRA DE RODAS

Violações são infrações às regras, onde a equipe que a comete perde a posse de bola para o outro time, através da cobrança de lateral no ponto mais próximo ao local da infração.

1. Violações fora da quadra

Um jogador está fora da quadra quando alguma parte de sua cadeira está em contato com a linha limítrofe ou fora dos limites da quadra. Se um jogador jogar a bola em um oponente para que ela saia da quadra propositadamente o oponente ficará com a posse de bola.

2. Regra de Progressão

O jogador pode empurrar a cadeira por no máximo duas vezes antes de driblar, passar ou lançar a bola. Três empurrões em movimento, incluindo um pivô, constituem uma violação de progressão.

3. Regra dos 3 Segundos

Um jogador não pode permanecer por mais de três segundos na área restritiva do oponente. Essa restrição não se aplica enquanto a bola está no ar durante um lance para a cesta, durante um rebote ou uma bola morta. Jogadores que permanecerem na área restrita por mais de três segundos cometem uma violação.

4. Regra dos 5 e 10 segundos

Um jogador marcado de perto que está segurando a bola deve passar, lançar ou driblar em 5 segundos.

Uma equipe deve trazer a bola da sua área de defesa para a área de ataque em 10 segundos. Demorar mais que isso nesses eventos resulta em uma violação.

5. Faltas

Faltas são infrações às regras envolvendo contato físico com o oponente e/ou comportamento anti-desportivo. A falta é marcada contra o ofensor e a penalidade pode ser a perda da posse de bola, lance livre ou séries de três lances, dependendo da natureza das faltas. O jogador que cometer 5 faltas durante a partida, após o terminando esse estoque de faltas o jogador deve se retirar do jogo.

6. Falta Pessoal

O basquete em cadeira de rodas é um esporte sem contato. Uma falta pessoal é aplicada ao jogador quando ele bloqueia, segura, puxa ou impede o progresso do oponente com seu corpo ou com a cadeira. Rudez desnecessária também é punida como falta pessoal.

Para todas essas faltas, a cadeira é considerada como parte do jogador, e o contato não acidental entre cadeiras também constitui falta.

7. Falta Técnica

A falta técnica é aplicada quando um jogador demonstra conduta anti-desportiva, quando se levanta do acento da cadeira ou retira seus pés do apoio ou usa alguma parte de seus membros inferiores para obter vantagem desleal ou direcionar sua cadeira. Quando uma falta técnica é marcada, o oponente tem direito a dois lances livres. O arremessador é designado pelo capitão da equipe.

ANEXO F – Decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.

Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989,

DECRETA:

CAPÍTULO I
Das Disposições Gerais

Art. 1º A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2º Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

- a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve;
- b) de 41 a 55 db – surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 db – surdez severa;
- e) acima de 91 db – surdez profunda; e
- f) anacusia;

III - deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- d) utilização dos recursos da comunidade; (Redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004)
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Brasília, 20 de dezembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Carlos Dias