

DESPORTO ADAPTADO

1
G

1. O DIREITO AO DESPORTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
2. ADAPTAÇÃO E SUAS COMPONENTES

Leonor Moniz Pereira

IPDJ_2021_V1.0

DESPORTO ADAPTADO



Leonor Moniz Pereira

Índice

CAPÍTULO I.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	3
RESUMO	3
1. O DIREITO AO DESPORTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	4
1.1. INTRODUÇÃO	4
1.2. OS MODELOS CLÍNICO E SOCIAL	5
1.3. INCLUSÃO COMO MEIO PARA ATINGIR A IGUALDADE DE OPORTUNIDADES	7
1.4. O MODELO BIOPSISSOCIAL (CIF)	8
1.5. O DIREITO AO DESPORTO E NÃO APENAS AO EXERCÍCIO TERAPÊUTICO	9
PONTOS-CHAVE	24
SINOPSE DA UNIDADE CURRICULAR	25
AUTO VERIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS	26
RECOMENDAÇÕES DE LEITURA	27
GLOSSÁRIO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

- 1. O DIREITO AO DESPORTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
- 2. ADAPTAÇÃO E SUAS COMPONENTES



OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

GERAIS

Proporcionar aos futuros treinadores conhecimentos contributivos para:

- a) O reconhecimento do direito à participação e inclusão no desporto, das pessoas com deficiência, tanto no âmbito do Desporto de Participação como de Rendimento.
- b) A identificação e desenvolvimento de estratégias básicas de adaptação e de intervenção no que respeita às competências motoras fundamentais/básicas das pessoas com deficiência.

ESPECÍFICOS

- Identificar fatores facilitadores e barreiras à igualdade de oportunidades de participação no desporto das pessoas com deficiência nomeadamente no âmbito das atitudes e dos recursos.
- Identificar limitações comuns de desempenho no que respeita às competências motoras fundamentais/básicas.
- Conhecer e aplicar estratégias de adaptação elementares, facilitadoras do desenvolvimento das competências motoras fundamentais que contribuem para a compreensão e avaliação dessas competências nos praticantes com deficiência.



RESUMO

Esta unidade curricular foca-se em primeiro lugar nos aspetos que tradicionalmente são abordados na integração social através do desporto para pessoas com deficiência. Neste âmbito, é descrita a forma como o desporto ganhou significado e se desenvolveu dando origem aos jogos paralímpicos, por um lado, e, por outro, se transformou num meio para a mudança de mentalidades e contribuiu para a igualdade de oportunidades. São ainda abordados os modelos clínico, social e biopsicossocial e a sua influência no desenvolvimento do desporto para pessoas com deficiência e na alteração da sua designação para desporto adaptado.

A segunda parte centra-se na “vivência” de algumas das limitações frequentemente apontadas como as mais comuns e limitativas do desempenho das pessoas com deficiência e

no conceito de adaptação no desporto e suas componentes nomeadamente regras, material/equipamento, instrução, envolvimento/contexto físico e social. Desta forma procura-se que a intervenção consiga dar uma resposta mais eficaz a algumas das necessidades únicas/específicas, de alguns tipos de deficiência. Estas, embora sejam representativas das suas limitações, têm sido muitas vezes negligenciadas por não serem consideradas aspetos específicos da intervenção do âmbito do desporto. Hoje considera-se que não ter em atenção essas necessidades únicas, condiciona muitas vezes, não só a escolha e o bom desempenho desportivo destas pessoas, como também lhes retira a possibilidade de acesso e sucesso desportivo em igualdade de oportunidades.



1. O DIREITO AO DESPORTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA



1.1 Introdução

Na civilização ocidental, ao longo das diferentes épocas históricas, a diferença entre pessoas com e sem deficiência tem sido explicada não só pelo conhecimento, mas também por mitos e crenças existentes em cada uma dessas épocas influenciando os direitos atribuídos às pessoas com deficiência.

Na Antiguidade, estabelecia-se uma relação entre a deficiência e o divino, considerando que a deficiência congénita era a manifestação da ira dos deuses. Em Roma, Atenas e Esparta, por exemplo, previa-se na legislação a aniquilação à nascença das pessoas com deficiência. Exceções davam-se aos mutilados de guerra, sendo neste caso considerados heróis e, por isso, venerados.

Com o cristianismo passou a considerar-se que as pessoas com deficiência precisariam de proteção. A crença dessa necessidade baseava-se na impossibilidade das pessoas com deficiência desempenharem da mesma forma as tarefas quotidianas efetuadas pelas outras pessoas. Eram, por isso, recolhidas muitas vezes em mosteiros, o que levou à criação dos primeiros asilos e ao desenvolvimento de uma perspetiva assistencial de apoio.

A discriminação estava claramente estabelecida na legislação, uma vez que as pessoas com deficiência não tinham direito a herdar, não podiam gerir os seus bens ou exercer cargos públicos. Eram associadas ao mundo do crime dado que, na maioria dos países, o flagelo físico era o castigo para os delitos comuns.



Na Idade Moderna reconheceu-se o direito ao trabalho e à educação das pessoas com deficiência sendo, por isso, apontada como a primeira fase da sua emancipação. Em Inglaterra, a rainha Isabel I decretou que pessoas com deficiência podiam ser colocadas como aprendizes. Em França apareceram as primeiras experiências de educação com Jacob Rodrigues Pereira e o Abbe de L'Épée em relação às pessoas surdas, Valentim Haüy e Luís Braille em relação às pessoas cegas e Itard em relação às pessoas com atrasos no desenvolvimento intelectual, demonstrando a capacidade para aprender destas pessoas. Estas ideias mantiveram-se até ao século XX, influenciando o modelo de reabilitação e de educação das pessoas com deficiência.

1.2 Os modelos clínico e social

Após a 1.ª e a 2.ª grande guerra, com a constituição da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Movimento contra a discriminação das pessoas com deficiência física (UPIAS) surgiram um conjunto de documentos importantes dos quais se destacam:

- **1948 ONU** Declaração dos Direitos do Homem. Inclui o direito à educação (art.º 26)
- **1975 ONU** Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Igualdade de direitos de todas as pessoas com e sem deficiência).
- **1976 UPIAS** União dos Deficientes Físicos contra a Segregação (UPIAS) - "Fundamental Principles of Disability"
- **1976 OMS** Estabelece a ICDH Classificação Internacional da Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (publicado em português em 1980).

- **1983 ONU** Programa Mundial da Ação relativo às pessoas com deficiência – Década da ONU para as pessoas com deficiência (1983-1992).
- **1994 ONU** Normas para a Igualdade de Oportunidades

Em 1976, a publicação da OMS sobre a Classificação Internacional da Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (ICIDH) dá corpo ao Modelo Clínico. Este modelo foca-se na deficiência e no que é considerado numa determinada cultura o desempenho normal das tarefas de acordo com a idade do indivíduo (Ex. padrão de marcha, padrão de lançamento para uma determinada idade). Considera que a incapacidade é causada pela deficiência e que a incapacidade gera a existência da desvantagem social. Define deficiência, incapacidade e desvantagem no domínio da saúde do seguinte modo:

Deficiência – qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica funcionamento de um órgão a nível psicológico, fisiológico anatómico (inclui a função mental) (OMS,1980).

Incapacidade – qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para realizar uma atividade dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano (OMS,1980).

Desvantagem (*handicap*) – a condição social de prejuízo, sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores socioculturais. (OMS,1980).

5



Deficiência	Incapacidade	Desvantagem
Linguagem	De falar	Comunicação oral
Audição	De ouvir	Comunicação oral
Visão	De ver	Comunicação escrita/orientação
Músculo-esquelética	De andar De se vestir (cuidados pessoais)	Na mobilidade Nas atividades de vida diária
Intelectual	De aprender	Capacidade ocupacional

TABELA 1 - Deficiência, incapacidade e desvantagem (OMS, 1980).

Apresenta uma perspetiva centrada no indivíduo e considera necessária a existência de medidas compensatórias, como por exemplo a prescrição das ajudas técnicas, para todos aqueles que se encontram em situação de desvantagem e não consigam ser independentes e/ou autónomos.

Para efeitos da intervenção na educação, na reabilitação e no desporto das pessoas com deficiência intelectual ou motora, tem sido considerado importante subdividir as desvantagens sociais em duas áreas – independência física e a da autonomia, entendendo-se por:

Independência física – ter capacidade para se mover, orientar no meio envolvente, realizar as tarefas da vida diária tais como comer, lavar-se e vestir-se. Inclui cuidados pessoais e outras atividades da vida quotidiana (OMS, 1980).

Autonomia – ter capacidade de decisão e de gestão da sua vida como qualquer outro cidadão (OMS, 1980).

Neste modelo, considera-se que é através da educação e da reabilitação das pessoas com deficiência que se atingirá

uma melhor integração e participação social sem necessidade de alteração ou flexibilização da organização social. Não são assim apresentadas medidas que visem facilitar a participação das pessoas com deficiência, considera-se que, à exceção das barreiras arquitetónicas, em todas as outras situações a compensação é feita a nível pessoal.

Em contraste com estas ideias, com base nos “Fundamental Principles of Disability” UPIAS (1976) surge o Modelo Social focando-se na estrutura organizativa da sociedade que, segundo estes, exclui as pessoas com deficiência.

Neste modelo, a **Incapacidade** é vista como uma **Desvantagem ou restrição de Atividade causada pela organização contemporânea que não tem em conta ou tem em pouca consideração as pessoas com deficiência e assim as exclui de participar ativamente nas atividades sociais.**

A incapacidade é, nesta perspetiva, uma situação causada por condições sociais e pela organização das suas estruturas/instituições que provocam a marginalização das pessoas com deficiência. Segundo os seus defensores, a eliminação dessa segregação social depende: (a) tratamento conjunto e não de forma isolada de aspetos como os subsídios a atribuir às



pessoas com deficiência, a mobilidade (onde se incluem os transportes) ou as instituições (ex.: as escolas especiais pertencem ao mesmo ministério que as escolas regulares; (b) que as pessoas com incapacidade assumam o controlo das suas vidas, com o conselho e a ajuda de outros, e que; (c) os profissionais, especialistas e outros (que procurarem ajudar) estejam empenhados em promover esse controlo pelas pessoas com incapacidade. A autonomia passa a ser vista como um direito que não está dependente da capacidade. Define-se como:

Autonomia – direito a ter controlo da sua própria vida sem restrições e ter capacidade de agir nos desejos e escolhas sem coações, imposições ou restrições impostas por outros ou pela debilidade das estruturas sociais. Constitui o poder e o direito de autogoverno e a autodeterminação.



Instalou-se assim uma polémica entre os dois modelos colocando-os em extremos opostos em que se considera:

- Num a deficiência é entendida como a causa da incapacidade e da desvantagem social (**Modelo Clínico**).
- No outro é entendida como a forma como a sociedade tem em conta a diversidade de desempenho, nomeadamente as diferenças em relação à norma dos indivíduos com deficiência, excluindo-os dessa forma da participação nas atividades que constituem a vida social contemporânea é a causa da incapacidade (**Modelo Social**).

1.3 Inclusão como meio para atingir a Igualdade de Oportunidades

As Nações Unidas, com o objetivo de contribuir para a resolução das divergências entre os defensores do modelo clínico e os defensores do modelo social, estabeleceu o Programa Mundial da Ação relativo às pessoas com deficiência em 1983 onde se definia **Igualdade de Oportunidades** como: **o processo através do qual o sistema geral da sociedade, nomeadamente o envolvimento social e cultural, a habitação e transportes, a vida social e cultural, incluindo os desportos, e o equipamento de recreação, se torna acessível a todos (ONU, 1983, art.º 12).**

Neste programa, o modelo clínico (OMS, 1980) é visto como o meio para identificar as necessidades das pessoas com deficiência e propor as medidas necessárias para a sua reabilitação. Deste modo seriam atingidos os objetivos de “igualdade” e “participação plena” em todas as áreas de vida, incluindo o desporto, pelas pessoas com deficiência.

No entanto, no final da década, aquando da avaliação deste programa reconheceu-se que, apesar de no plano político/legislativo se tivesse operado uma evolução significativa, estava-se longe de atingir o objetivo de igualdade de oportunidades de participação

Com o reconhecimento da necessidade de mudança, a ONU elabora em 1994 as Normas para a Igualdade de Oportunidades onde afirma:



O princípio de igualdade de direitos implica que as necessidades de todos e de cada um tenham igual importância, que essas necessidades sejam a base do planeamento das sociedades e que todos os recursos sejam utilizados de forma a garantir a cada indivíduo uma igual oportunidade de participação

(ONU, 1994, art.º 25).

7



Propõe-se que os diferentes sistemas sociais e o meio envolvente devam ser acessíveis a todos. Devem conter as medidas necessárias que permitam a participação de todos, incluindo as pessoas com deficiência. Cada sistema deve ser flexível para permitir o acesso a diferentes tipos de desempenho como, por exemplo, os transportes públicos serem acessíveis a cadeiras de rodas, uma informação escrita estar disponível em braille e a negro ou um centro de saúde poder estar ligado a um centro de língua gestual permitindo a ida de uma pessoa surda a uma consulta sem ser acompanhado por um intérprete, etc.

A incapacidade passa a ser vista como descrevendo o embate entre a pessoa com deficiência e o seu meio envolvente tendo como objetivo realçar as inadequações do meio físico e das numerosas atividades organizadas na sociedade

como, por exemplo, a informação, comunicação e educação que impedem as pessoas com deficiência de participarem em igualdade com os outros.

Define incapacidade como a perda ou limitação de oportunidades para participar na vida da comunidade em plano de igualdade com os outros (ONU, 1994).

A inclusão é assim considerada como um meio para atingir a igualdade de oportunidades.

A inclusão define-se como o processo que visa garantir que todos possam ter acesso aos serviços e recursos que necessitam para atingir o seu potencial na vida, independentemente da sua origem, experiências ou circunstâncias, permitindo a participação conjunta entre pessoas com e sem deficiência nas diferentes áreas de vida (Sherrill, 2004).

1.4 O modelo biopsicossocial (CIF)

Perante esta tomada de posição da ONU, a OMS propôs em 2001, e publicado em português em 2004, a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresentando o modelo biopsicossocial (CIF) que integra os dois modelos (clínico e social), centrando-se na participação/inclusão e na interação do indivíduo com o meio.

Esta interação é composta por diferentes componentes que se influenciam mutuamente: condições de saúde, estrutura e funcionamento do corpo, atividade, participação, fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Neste novo modelo a deficiência é considerada uma alteração biomédica, mas não se estabelece uma relação causa/efeito com a incapacidade. Esta é também o resultado de fatores pessoais, como a motivação, e dos fatores ambientais, como as atitudes implícitas não só na organização das diferentes estruturas sociais, bem como das pessoas próximas das pessoas com deficiência. Considera, tal como o modelo social, a incapacidade como o resultado da interação da pessoa com o meio-ambiente e não é jamais vista como a consequência de uma deficiência.

O meio ambiente pode assim atuar como um fator facilitador do desempenho da atividade e da participação ou como uma barreira sempre que acrescenta uma dificuldade. Os transportes, por exemplo, serão um facilitador sempre que estejam adaptados e os serviços organizados para poderem levar pessoas com deficiência e serão uma barreira sempre que se verificar a falta de adaptação ou a ausência de medidas facilitadoras do apoio à deslocação dessas pessoas.



O **envolvimento social pode atuar como um fator facilitador do desempenho de uma atividade desportiva** quando, por exemplo, se divulga uma modalidade praticada pelos campeões paralímpicos e se estabelece uma legislação de apoio à sua prática. Atua como **uma barreira** a esse desempenho se por exemplo não existirem transportes ou material adequado a essa prática.

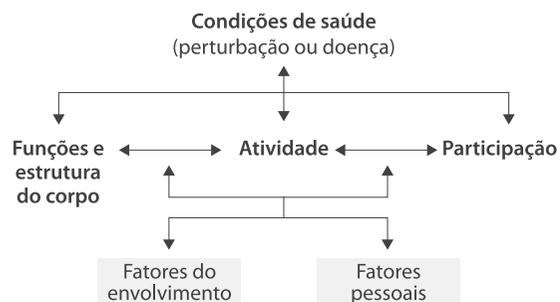


FIGURA1 - Interação entre os componentes CIF (OMS, 2004).

Este modelo representa uma profunda mudança conceitual em relação ao modelo clínico anterior onde a incapacidade é o resultado da deficiência. Esta mudança pode ter importantes implicações políticas e sociais e, por isso, requer que se mude o sentido como estes termos têm sido usados, quer no dia-a-dia quando se fala ou se escreve, quer na investigação e estudos científicos, nos serviços, sistemas legislativos e políticas.

No desporto esta mudança conceptual levou às alterações efetuadas na classificação desportiva. Esta questão será aprofundada no nível 2 de formação (para mais informações sobre o modelo CIF, ver glossário).

Faz-se notar que, países como a Espanha, considerando a dificuldade do reconhecimento da mudança conceptual operada relativamente ao termo incapacidade, passou a usar o termo “descapacidade”. Baseia a sua opção no fato de se continuar a usar o termo incapacidade com o significado anterior no que respeita, por exemplo, aos acidentes de trabalho.



1.5 O direito ao desporto e não apenas ao exercício terapêutico

Desde a antiga Grécia que se acreditou que o exercício físico era um meio de tratamento natural das doenças e deficiências e que, com ele, seria possível corrigir as alterações existentes na estrutura e no funcionamento do corpo. Por outro lado, considerava-se que o desporto se destinava a homens fortes bem constituídos e com saúde – “mente sã em corpo são”. Assim, o exercício físico para fins de tratamento e o desporto representavam dois mundos diferentes.

Esta perspetiva manteve-se até meados do século XX, tendo vindo a ser lentamente alterada. O reconhecimento do direito à educação e ao estabelecimento da escolaridade obrigatória levou a que tivesse havido uma evolução, passando a educação física a fazer parte do currículo das escolas de ensino especial e levando a que o desporto, à semelhança do que acontecia na escola, se organizasse por área de deficiência.

Após a segunda Guerra Mundial, por iniciativa de Ludwig Gutmann no hospital de Stoke Mandeville, o desporto integrou pela primeira vez o programa de reabilitação das pessoas com lesões medulares adquiridas. O êxito da iniciativa levou à organização dos jogos de Stoke Mandeville em 1948.



Pode dizer-se então que o desporto aparece ligado à reabilitação, organizado por área de deficiência, devido não só à conceção ancestral que liga o exercício à terapia como à estrutura das escolas de educação especial e dos hospitais de reabilitação. O programa tinha por base desportos considerados pelos profissionais como possíveis de serem praticados e benéficos para a educação e reabilitação.

A fama e desenvolvimento dos jogos de Stoke Mandeville levou a que em 1960 estes dessem origem aos Jogos Paralímpicos, que apareceram por tipo de deficiência, com a classificação desportiva baseada apenas em critérios clínicos e de forma dissociada dos jogos olímpicos.

As ideias a favor da integração social levaram a que a competição desportiva entre pessoas com diferentes tipos de deficiência, primeiro, e entre pessoas com e sem deficiência, depois, se fosse aproximando no tempo e no espaço (na mesma data, no mesmo local e em conjunto). Em Portugal a inclusão na Educação Física e no desporto evoluiu no mesmo sentido, como se pode ver pela sequência de acontecimentos desportivos que se apresentam em seguida:

- 1924 – Início dos Surdolimpicos em Paris
- 1948 – L. Guttmann Jogos de Stoke Mandeville
- 1960 – Primeiros Jogos Paralímpicos de Roma só para lesões da espinal medula em conjunto com os jogos de Stoke Mandeville (atletas paralímpicos são os atletas de elite com deficiência)
- 1968 – Fundação dos Special Olympics (movimento desportivo mundial para pessoas com deficiência intelectual)
- 1972 – Portugal participou nos jogos de Heidelberg (basquetebol em cadeira de rodas)
- 1976 – Jogos Olímpicos de Montreal e Paralímpicos para Deficientes Físicos: atletas cegos e amputados participam pela primeira vez
- 1976 – Primeiro encontro de professores de Educação Física sobre a integração de alunos cegos na aula de Educação Física em Portugal
- 1977 – Participação de um atleta cego no campeonato de luta, no escalão de iniciados, fazendo ligeiras alterações nas regras (Portugal)
- 1977 – Desporto em Alcoitão e criação do sector desportivo para pessoas com deficiência na DGD (Portugal)
- 1977 – Primeira maratona conjunta de pessoas com deficiência em cadeira de rodas e pessoas sem deficiência
- 1982 – GDR A Joanita
- 1983 – Primeiro jogo de Goalball em Portugal realiza-se no ISEF
- 1984 – É apresentado pela primeira vez em Portugal um contínuo de situações/colocações possíveis visando a participação/integração das pessoas com deficiência no desporto
- 1988 – Criação da Federação Portuguesa de Desporto para pessoas com deficiência
- 1988 – Jogos Olímpicos e Paralímpicos de Seoul - pela primeira vez diferentes tipos de deficiência motora competem juntos
- 1992 – Jogos Olímpicos e Paralímpicos de Barcelona – é usada pela primeira vez a classificação desportiva integrada
- 1996 – Jogos Olímpicos e Paralímpicos de Atlanta – primeira participação de pessoas com deficiência Intelectual
- 2001 – CIF integra o novo corpo teórico para a classificação desportiva iniciado em 1992
- 2008 – ONU cria o grupo de trabalho para a Inclusão no Desporto (SPDIWG)



O trabalho desenvolvido por este grupo chama a atenção sobre a forma como o desporto pode ser um fator de inclusão, coesão, desenvolvimento social e um meio ideal para a redução do estigma associado à deficiência por:

- ◆ ser uma linguagem universal;
- ◆ ter como elementos básicos a Superação e a Cooperação;
- ◆ ter a capacidade de colocar a pessoa com deficiência em situações onde as suas competências são postas em destaque;
- ◆ conseguir mudar a opinião da comunidade sobre as capacidades e competências das pessoas com deficiência;
- ◆ conseguir mudar a opinião das pessoas com deficiência sobre o que pensam e sentem sobre si próprias.

Com o objetivo de contribuir para o encontro de estratégias que promovam uma mudança de mentalidades e um estilo de vida mais ativo junto das pessoas com deficiência, começaram a ser realizados estudos que identificassem os fatores facilitadores e as principais barreiras à participação no desporto. Desses estudos destacam-se como fatores determinantes:

- O facto de se considerar natural que a deficiência não lhes permita praticar desporto;
- O desconhecimento sobre as possibilidades desportivas;
- A falta de companheiros com quem possam partilhar as experiências desportivas;
- A dependência de outros para a prática;
- A falta de infraestruturas desportivas na vizinhança;
- As barreiras arquitetónicas nos espaços desportivos;
- Os transportes;
- As atitudes negativas da família, da comunidade e dos técnicos;
- A falta de formação e qualidade dos programas;
- O custo das atividades desportivas e dos materiais.

Nesses mesmos estudos são apontados, como fatores que facilitam e promovem a sua participação:

- O divertimento e descontração;
- Os contactos sociais;
- O desejo de ser ativo (controlo do peso, dispêndio de energia, mais independência);
- A aceitação da deficiência;
- A autoconfiança;
- O apoio da família e dos amigos;
- A indicação médica.

Pode assim dizer-se que, para haver igualdade e inclusão no desporto, é necessário criar um envolvimento facilitador da prática desportiva que seja capaz de:

- ◆ Desenvolver um sistema desportivo que permita, por um lado, incluir para participar e por outro competir em igualdade;
- ◆ Criar parcerias e movimentos de opinião que contribuam para a mudança de mentalidades e permitam atingir estes objetivos;
- ◆ Criar condições para que a pessoa com deficiência possa participar, aprender e evoluir, nomeadamente ao nível dos:
 - transportes;
 - formação de profissionais;
 - serviços de apoio específicos.



DESPORTO ADAPTADO



Leonor Moniz Pereira

Índice

CAPÍTULO II.

2. ADAPTAÇÃO E SUAS COMPONENTES	14
2.1. INTRODUÇÃO	14
2.2. O CONCEITO DE ADAPTAÇÃO	14
2.3. COMPETÊNCIAS MOTORAS FUNDAMENTAIS	16
2.4. AVALIAR A PARTICIPAÇÃO	23
PONTOS-CHAVE	24
SINOPSE DA UNIDADE CURRICULAR	25
AUTO VERIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS	26
RECOMENDAÇÕES DE LEITURA	27
GLOSSÁRIO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. O DIREITO AO DESPORTO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

● 2. ADAPTAÇÃO E SUAS COMPONENTES

2.

ADAPTAÇÃO E SUAS COMPONENTES



2.1. Introdução

Como se viu, as pessoas com deficiência consideram existir problemas com a acessibilidade para chegar ao local de prática, acessibilidade dentro dos equipamentos desportivos, acesso equitativo aos serviços e recursos disponíveis no desporto, acesso aos professores/treinadores com os conhecimentos necessários.

O SPDIWG-ONU (2008) chama a atenção para esta situação relembrando que o desporto é uma prática socialmente construída, sendo por isso necessário existirem diretrizes e orientações relevantes, expressas de forma muito clara e que promovam e divulguem o conhecimento de como adaptar o desporto para que este seja mais acessível e integrador promovendo uma participação desportiva mais inclusiva. Para que isso possa acontecer é necessário fazer a identificação de atitudes e práticas discriminatórias no desporto que entram no processo de mudança.

Atualmente, a adaptação e a participação na tomada de decisão das pessoas com deficiência são vistas como estratégias determinantes no processo de inclusão no sistema, permitindo desta forma a igualdade de oportunidades a todos os níveis da estrutura desportiva, respeitando ao mesmo tempo a diversidade de desempenho.

2.2. O conceito de adaptação

O conceito de adaptação é utilizado como uma forma de “ajustar/acomodar/modificar” um serviço (e.g. educativo) a um grupo. Neste sentido, adaptação é: a) uma acomodação de uma atividade a uma pessoa ou grupo de forma a responder às suas



necessidades específicas de desempenho nessa atividade; b) a modificação de cada setor de uma sociedade para poder servir **todos sem exceção** em igualdade de circunstâncias. Atua assim a dois níveis: o individual e o social. O primeiro foca-se no estudo e o encontro de estratégias facilitadoras da interação de um determinado indivíduo com o seu envolvimento físico e social. O segundo visa a existência de serviços de apoio específicos com funções profissionais bem definidas que facilitem a inclusão e a participação (ex.: educativo, desportivo etc.).

Da adaptação fazem parte um conjunto de estratégias centradas na reorganização dos serviços e na criação de áreas de apoio específicas quando necessário, para que possam ser incluídas em igualdade de oportunidades, pessoas com níveis muito diferenciados de desempenho.

Entende-se por **Desporto Adaptado** – a modificação do desporto preservando a sua característica dominante ou a criação de outros, englobando a competição, o lazer e a recreação, para responder às necessidades dos indivíduos com deficiência permitindo-lhes ter um estilo de vida saudável (Winnick, 2011). Este tem como objetivos:

- a) criar possibilidades de participação desportiva à pessoa com deficiência;
- b) incluir, sempre que possível, cada uma das modalidades desportivas com as adaptações consideradas necessárias nas respetivas federações (ex.: voleibol sentado integra a federação de voleibol). Visa ainda estabelecer os serviços de apoio que devem existir para incluir melhor, isto é, criar mais oportunidades e maior diversidade de participação, de aprendizagem e de possibilidades de evoluir nesse desporto qualquer que seja o tipo ou grau de deficiência.

Para atingir esse objetivo, o desporto adaptado foca-se no estudo de um conjunto de estratégias visando a adaptação das diferentes modalidades e/ou no desenvolvimento de desportos específicos das pessoas com deficiência. É geralmente classificado da seguinte forma:

- a) sem modificações (mantém as regras e regulamento iguais para todos);
- b) com pequenas adaptações (ex.: exige a utilização de ajudas técnicas no desempenho);
- c) grandes adaptações (ex.: são necessárias mudanças nas regras, no material e no gesto a executar);
- d) primeiramente para pessoas com deficiência (ex.: basquete em cadeira de rodas);
- e) específico das pessoas com deficiência (ex.: goalball);
- f) as pessoas com deficiência desempenham outras funções desportivas.

A **adaptação** consiste na redução do fosso existente entre as exigências da atividade/modalidade desportiva, as capacidades de desempenho e as motivações do atleta.

Com esse objetivo manipula -se o envolvimento de forma a criar situações facilitadoras do desempenho para que todos sem exceção participem, aprendam e evoluam no seu conhecimento e desempenho.

São componentes da adaptação: o potencial de interação que cada praticante apresenta e o contexto/envolvimento social e físico.

Pertencem ao potencial individual a capacidade de executar movimentos locomotores, de estabilidade e de controlo de objetos, bem como a capacidade de ver, ouvir e compreender e ainda os seus interesses e motivações.

Fazem parte do contexto/envolvimento físico: acessibilidade dos transportes, dos edifícios, do local de prática, onde se inclui a luz e o som dos edifícios e ainda a existência de material adaptado necessário à prática desportiva.

Constituem o envolvimento social: o ensino onde se inclui a interação com o treinador (instrução e feedback) e pares e as suas atitudes, a estrutura organizativa, os regulamentos e regras.

A adaptação no desporto visa a:

Criação de condições para que se encontrem as melhores soluções possíveis para uma inclusão desportiva em igualdade de acesso e de sucesso desportivo.

Participação e manutenção do atleta na atividade de forma a que o atleta aprenda e evolua através de estratégias facilitadoras da interação entre:

- a) as capacidades e intenções/motivações do atleta;
- b) os objetivos e as componentes da tarefa;
- c) as condições do envolvimento em que esta se desenrola.

FIGURA2 - Desporto adaptado no processo de inclusão.





O treinador passa a ter que ser capaz de manipular estas componentes para poder fornecer uma formação adequada a um conjunto de atletas que apresentam uma grande heterogeneidade de capacidades e interesses.

Neste âmbito, serão apenas abordadas algumas questões específicas relativas às competências motoras fundamentais da população com deficiência através de atividades de simulação vividas pelos formandos para o efeito. Todos os outros aspetos e componentes da adaptação serão matéria da formação de nível 2 em desporto adaptado ou do programa de formação específica de cada modalidade.



2.3. Competências motoras fundamentais

Compreender as limitações à atividade desportiva, nomeadamente no que respeita às competências motoras fundamentais e encontrar formas alternativas de desempenho é uma questão prioritária para que possa haver mais motivação, confiança e sucesso, fatores determinantes para uma maior participação das pessoas com deficiência. As competências motoras fundamentais dividem-se em: locomotoras, de estabilidade e equilíbrio, e de manipulação de objetos.



2.3.1. COMPETÊNCIAS DE LOCOMOÇÃO



As competências de locomoção dizem respeito à capacidade de movimentar o corpo de um local para outro usando diferentes tipos de movimentos locomotores tais como andar, subir e descer, correr, saltar,... em pé ou em cadeira de rodas.

Para as pessoas que se deslocam em cadeira de rodas os movimentos locomotores incluem a deslocação e controlo da cadeira em diferentes situações tais como: deslocar-se em diferentes direções, inverter o sentido da marcha, subir e descer um degrau, andar em terrenos inclinados, etc. No caso das pessoas cegas, com baixa visão ou com deficiência intelectual, inclui a orientação e a localização do corpo no espaço durante a deslocação.

2.3.2. AVALIAÇÃO E REGISTO DO DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS DE LOCOMOÇÃO

A avaliação do desempenho destas competências pode ser efetuada por testes ou escalas de desenvolvimento já adaptadas e validadas para as pessoas com deficiência, devendo o treinador contar com o apoio de profissionais habilitados para o efeito, habituados a trabalhar com esta população. A sua aplicação deverá ocorrer preferencialmente antes da pessoa com deficiência começar a treinar, e sempre que possível estabelecerem em conjunto os objetivos de trabalho para aquele caso específico.

É, no entanto, necessário que o treinador seja capaz de registar a participação da pessoa com deficiência tanto no que diz respeito ao desempenho motor e à sua evolução, como ao seu interesse e motivação. Com essa finalidade tem-se defendido que se deve registar a sua evolução de uma forma mais constante e personalizada com a participação da pessoa com deficiência e, no caso das crianças, a sua família.



Na impossibilidade de se analisar toda a motricidade global, escolheu-se construir um exemplo de avaliação e registo de duas situações específicas das pessoas com deficiência, uma relativa à deslocação em cadeira de rodas e outra relativa à orientação no espaço das pessoas cegas. Observa-se o desempenho e o tipo de ajuda necessária, podendo-se estabelecer uma pontuação representativa da sua evolução como forma de motivação e facilitação da compreensão do desempenho por parte dos atletas com deficiência, seguindo o modelo de registo proposto por Lieberman (2018).

Andar em pé ou de cadeira de rodas.	FS	AV	AFP	AFT
Andar sem parar durante 30'.				
Andar em frente e parar num local marcado e continuar.				
Numa zona com 1,50m x 1,50m rodar 90° e continuar.				
Anda à retaguarda.				
Sobe e desce um passeio/degrau.				
Em pé sobe um lance de escadas ou 2/3 degraus (mínimo).				
De pé desce um lance de escadas ou 2/3 degraus (mínimo).				
Sobe uma rampa com 1,22m largura x 1,22m comprimento e de altura entre 0 e 15 cm (inclinação).				
Deslocar-se em locais com lombra ou com atrito (relva, areia, etc.).				
Andar 5m, virar 180° e voltar ao ponto inicial sem se desequilibrar.				
Anda 5m, dá uma volta de 360° e continua em frente.				
Pontuação conseguida por coluna.				
Máximo de pontuação possível em pé.	44			
Máximo de pontuação possível em cadeira de rodas.	36			
Nível de independência (% entre a pontuação máxima e a conseguida).				

Legenda: FS – Faz sempre sozinho (4 pontos); AV – Ajuda verbal (3 pontos); AFP – Faz com ajuda física numa das fases de execução do movimento (2 pontos); AFT – Sempre com ajuda física (1 ponto).

Nota: a azul as provas que só podem ser feitas em pé.

Proposta para a avaliação da orientação e controlo da marcha/corrída das pessoas cegas e com baixa visão.

Orientação e controlo da marcha.	FS	FL	AV	AFT
Anda/corre em frente na direção de um som.				
Anda /corre em frente na direção oposta ao som.				
Anda/corre em várias direções e para de frente para o som/a janela, etc.				
Anda/corre em várias direções e para de costas para o som/a porta, etc.				
Anda/corre e para colocando o seu lado esquerdo/direito na direção do som.				
Anda 4 a 5m entre colchões, afastados entre si 25 cm, sem lhes tocar.				
Corre em cima de um tapete e para quando chega ao fim dando até três passos fora do tapete.				
Pontuação atingida por coluna.				
Máximo de pontuação possível.	28			
Nível de independência (% entre a pontuação máxima e a atingida).				

Legenda: SS – Faz sozinho sem hesitações ou desvios para um dos lados (4 pontos); FL – Faz lentamente com hesitações, mas sem desvios para um dos lados (3 pontos); AV – Faz com desvios para um ou para os dois lados, necessita de ajuda verbal para manter a direção (2 pontos); AFT – Sempre com ajuda física faz apenas com guia (1 ponto).



2.3.3. ATIVIDADES DE SIMULAÇÃO DE MOVIMENTOS LOCOMOTORES

Na formação dos exemplos de atividades que se seguem devem ser escolhidas algumas e experimentadas visando a compreensão dos problemas de desempenho das pessoas com deficiência motora e visual na deslocação.

Material: **a)** cadeira de rodas; **b)** talas ou ligaduras; **c)** vendas; **d)** óculos que permitem ter apenas visão central (revestir uns óculos de natação com uma película opaca, deixando ao meio uma abertura entre 0,5 e 0,7 cm de diâmetro); **e)** óculos que apenas permitem ter visão periférica (revestir com uma película opaca os óculos de natação, deixando descoberto de cada lado entre 0,8 a 1 cm para eliminar a utilização do campo visual central).



FIGURA 3



FIGURA 4

1. Subir e descer uma escada sem fletir o(s) joelho(s).
 - a) Colocar uma tala num dos joelhos, de forma a imobilizar o joelho.
 - b) Colocar uma tala em cada joelho.

////////////////////////////////////
2. Subir e descer uma escada sem desenrolar o(s) pé(s), imobilizando a articulação tibiotársica:
 - a) de uma perna;
 - b) das duas pernas.

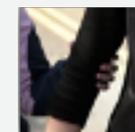
////////////////////////////////////
3. Num ginásio andar/correr sem movimentar o(s) braço(s).
 - a) Imobilizar um braço prendendo-o junto ao tronco. Andar e correr.
 - b) Com os dois braços imobilizados andar, correr, mudar de direção, rodar 360°.

////////////////////////////////////
4. Num ginásio andar em cadeira de rodas.
 - a) Andar em frente e parar num local pré-determinado.
 - b) Andar em frente, parar e rodar 90°, 180°, 360° num local com 1,30 m x 1,30 m
 - c) Andar e correr em ziguezague.
 - d) Subir uma rampa com 1,22 m de comprimento e entre 0 e 15 cm de altura para a inclinação.
 - e) Subir e descer um degrau.

////////////////////////////////////
5. Num ginásio andar/correr com vendas nos olhos.
 - a) A dois e dois, um com vendas, agarra com a mão esquerda/direita o braço direito/esquerdo ligeiramente acima do cotovelo do colega (guia), andar e

correr em várias direções. Quando param, o atleta com venda sabe em que direção fica a porta e/ou a janelas.

Nota: deve-se usar a técnica de guia convencional conforme mostra a imagem ao lado ou uma corda desportiva para a corrida de pessoas cegas (Fig.5).



FIGURAS - Pega

- b) Todos os atletas ao lado um dos outros, ligeiramente afastados e encostados à parede, com vendas e sem guia: andar em frente na direção de um som que se encontra ao fundo do ginásio.
- c) Andar em frente na direção oposta ao som que se encontra ao fundo do ginásio.

////////////////////////////////////

6. Num ginásio andar / correr com óculos que permitem apenas a visão central ou a periférica
 - a) Andar / correr em frente, para o lado ou fazendo círculos em várias direções num ginásio bem iluminado, sem retirar os materiais que se encontram junto às paredes.
 - b) O mesmo, com o ginásio mal iluminado e com alguns materiais dispersos no ginásio de diferentes alturas e fazendo pouco contraste com as paredes.

Nota: a disposição dos materiais pelo ginásio só deve acontecer depois dos formandos terem colocado os óculos. >>

////////////////////////////////////



7. Num ginásio com vendas ou com óculos que apenas permitem ter visão central ou a periférica:

- a) andar / correr em cima de um tapete e parar dando apenas três/ dois passos quando chega ao fim fora do tapete, bancos suecos ou entre colchões;
- b) andar 4 ou 5 m num corredor com 25 cm de largura formado por bancos suecos ou colchões, sem tocar nos bancos ou nos colchões;
- c) andar em cima de uma das linhas que marca um dos campos de jogo;
- d) o mesmo, com o ginásio mal iluminado.

8. Num ginásio, utilizando por exemplo o jogo do “Chefe Manda”, ao sinal do chefe parar:

- a) de frente para o banco, de costas de lado, etc;
- b) à frente do banco, à direita do banco, à direita de outro atleta, etc;
- c) colocando-se longe da porta, perto do professor, etc;
- d) numa posição em que fique mais baixo que a mesa ou o banco, etc;
- e) colocando-se entre a porta e o professor / entre os espaldares e a porta.

9. Reflexão:

- a) Indique semelhanças e diferenças encontradas no que respeita ao esforço, concentração, dificuldade de execução e outros entre o seu padrão de marcha e decorrida habitual e aquele que utilizou na experiência que acabou de realizar, quando:
- b) Não pode fletir o(s) joelho(s).
- c) Não pode mover o(s) tornozelo(s) e desenrolar o(s) pé(s).
- d) Não pode mover (o)s braço(s).
- e) Usa óculos de simulação de um campo visual restrito em locais:
 - bem iluminados;
 - mal iluminados e desconhecidos.
- f) Usa vendas e mantém-se orientado/a no espaço mesmo quando se desloca com guia.
- g) Usa vendas e tem que dar atenção à localização do som.
- h) Usa vendas ou óculos redutores do campo de visão e tem de se orientar no espaço sem chocar com os objetos e em segurança.

2.3.4. AS COMPETÊNCIAS DE ESTABILIDADE E EQUILÍBRIO



As competências não locomotoras de estabilidade e equilíbrio - integram a manutenção de uma posição, a mudança de uma para outra posição, a mudança de posição de umas partes do corpo em relação a outras e o equilíbrio.

São exemplos: os movimentos de flexão e extensão, transferir o peso do corpo de uma parte do corpo para outra e manter a posição de pé de olhos fechados. Para as pessoas que se deslocam em cadeira de rodas inclui a transferência do corpo da cadeira de rodas para: a) outro local a uma altura semelhante; b) para o solo; c) destes locais para a cadeira de rodas.

No caso de crianças cegas, com baixa visão ou com dificuldades intelectuais deve incluir perceber a forma como as diferentes partes do corpo se podem movimentar (ex.: de quantas formas diferentes se movimentam os braços) bem como a posição relativa de cada uma delas numa posição ou enquanto executa o movimento (ex.: no pino a cintura está mais alta que a cabeça, etc.) ou ainda a sua posição em relação a outra pessoa ou objeto (ex.: sentar de frente para etc.). Apresentam também dificuldades de equilíbrio.



2.3.5. AVALIAÇÃO E REGISTO DO DESEMPENHO DE COMPETÊNCIAS DE ESTABILIDADE E EQUILÍBRIO

A avaliação do desempenho destas competências pode ser efetuada por testes ou escalas de desenvolvimento desenvolvidas e aferidas para a população com deficiência. A sua aplicação é normalmente atribuída a profissionais habilitados para o efeito e habituados a trabalhar com esta população. O treinador pode solicitar uma avaliação da pessoa com deficiência com quem vai trabalhar sempre que considere necessário antes de começar e se possível contar com a sua colaboração no estabelecimento dos objetivos de trabalho para esta situação específica.

No entanto, é necessário que o treinador seja capaz de avaliar e registar a participação da pessoa com deficiência tanto no que diz respeito ao desempenho motor e à sua

evolução, como ao seu interesse e motivação. Com essa finalidade, tem-se defendido que se deve registar a sua evolução com a participação da pessoa com deficiência e sua família, no caso das crianças, como meio de motivação e compreensão da sua evolução.

Na impossibilidade de se analisarem todas as competências não locomotoras de estabilidade e equilíbrio escolheu-se construir um exemplo de avaliação e registo do equilíbrio. Esta opção deve-se ao facto deste se encontrar muitas vezes alterado nas pessoas com deficiência. Observa-se o desempenho e o tipo de ajuda necessária podendo-se estabelecer uma pontuação representativa da sua evolução como forma de motivação e facilitação da compreensão do desempenho por parte dos atletas com deficiência.

Equilíbrio.	FS	AV	AFP	AFT
Levanta-se da cadeira sem ajuda.				
Senta-se na cadeira sem apoio.				
Mantém-se sentado sem apoio durante 2' *				
Mantém-se de pé de olhos fechados com pés ligeiramente afastados.				
Transfere-se de uma cadeira para outra.				
De pé ou sentado apanha um objeto do chão que está à frente/lados.				
De pé/sentado(a) na perpendicular à parede levar o braço o mais à frente possível (fita métrica na parede).				
De pé/sentado(a) de costas para a parede, pés afastados, virar à esquerda e à direita olhando para a parede.				
De pé dá uma volta de 360° sem se desequilibrar.				
De pé dá 1 volta para a direita e outra para a esquerda sem desequilíbrios.				
De pé/sentado(a) toca alternadamente no step com os pés (20").				
Um pé à frente do outro, calcanhar junto da ponta do pé durante 15".				
Mantém-se ao pé coxinho durante 15".				
Pontuação atingida por coluna.				
Máximo de pontuação possível	52			
Máximo de pontuação possível sentado(a)	24			
Nível de independência (% entre a pontuação máxima e a atingida)				

Legenda: FS – Faz sempre sozinho(a) (4 pontos); AV – Faz com ajuda verbal ou de um som (3 pontos); AFP – Faz com ajuda física numa determinada fase de execução do movimento (2 pontos); AFT – Faz só com ajuda física (1 ponto).

* **Nota:** a negro as provas para as pessoas que andam em cadeira de rodas. É natural que estas pessoas não executem da mesma forma para a frente a esquerda e a direita pelo que deve ser registado separadamente para cada uma destas situações. Podem ainda não ser capazes de apanhar um objeto no chão, mas conseguir fazê-lo se este estiver em cima de uma mesa baixa. No caso das pessoas cegas ou com baixa visão o objeto a apanhar deve ser sonoro.

2.3.6. ATIVIDADES DE SIMULAÇÃO - ESTABILIDADE E EQUILÍBRIO

As atividades propostas, neste âmbito, visam compreender algumas dificuldades que tradicionalmente são mais apontadas e a que geralmente no treino se dá pouca atenção, mas que contribuem significativamente para a aquisição das competências das pessoas com deficiência motora, intelectual e visual.

Dos exemplos de atividades que se seguem, devem ser escolhidas algumas e experimentadas na formação, para uma melhor compreensão dos problemas de desempenho das pessoas com deficiência.



////////////////////////////////////

10. Num ginásio sentado numa cadeira de rodas passar para outra cadeira ou para o solo:
- Retire os pés do estribo e apoie os pés no solo.
 - Colocar os glúteos no bordo anterior do assento da cadeira.
 - Incline-se para a frente apoiando o tronco sobre as coxas.
 - Uma mão agarra a cadeira de rodas num local estável à altura do assento. A outra mão apoia-se no solo ou no local à mesma altura para onde se quer transferir (e.g. outra cadeira) com a mão fechada (para proteger o pulso e dar mais altura).
 - Inclina-se à frente para os glúteos saírem do assento da cadeira.
 - Rodar e sentar-se na outra cadeira ou no solo.
- Ver Wheelchair Burpees, disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=KmyC9beEvOc>

////////////////////////////////////

11. Num ginásio, sentado(a) no solo, passar para a cadeira de rodas
- Colocar-se perpendicular à cadeira de rodas sentado(a) no solo (sugere-se que o seu membro dominante esteja do lado da cadeira de rodas).
 - Juntar os pés o mais possível aos seus glúteos, e as coxas ao peito; abrace os membros inferiores.
 - Apoiar a mão que se encontra do lado da cadeira, à altura do assento num local estável.
 - Apoiar a outra mão fechada, no solo, elevar os glúteos do solo, ficando de cócoras e transferindo o peso do corpo, num segundo tempo, elevar os glúteos até ao assento; manter o apoio na cadeira de rodas e no solo.
 - Ajustar a posição dos glúteos no assento e apoiar os pés nos estribos.

Nota: na passagem do solo para a cadeira pode usar um step colchão, uma cadeira ou banco mais baixo, colocados ao seu lado, estabelecendo uma altura intermédia para se sentar servindo de progressão para a execução da transferência para um plano superior.

Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=IZUseV-ODFY>.

////////////////////////////////////

12. O jogo do chefe manda: espalhados pelo ginásio de forma a não chocarem, usando vendas e/ ou óculos redutores da visão, a um sinal do chefe devem colocar-se numa posição em que:

- os pés estejam mais altos que a cabeça;
- a mão esquerda toque no pé direito;
- o ombro direito seja a parte mais alta do corpo;
- os pés estejam o mais afastados possível;
- o peito está virado para a porta e os pés para a parede perpendicular à da porta;
- esteja de costas para o chefe;
- a cabeça esteja na posição mais baixa possível;
- o calcanhar do pé esquerdo esteja a tocar na ponta do pé direito;
- esteja ao pé coxinho;
- faça o avião; etc.

////////////////////////////////////

12. Reflexão:
- Indique as dificuldades sentidas, quando se senta sem ter controlo/força nos membros inferiores e procura:
- mudar de lugar onde está sentado(a) para outro lugar ao mesmo nível;
 - mudar de lugar onde está sentado(a) para outro lugar a um nível inferior;
 - mudar de lugar onde está sentado(a) para outro lugar a um nível superior;
 - compare com o nível de esforço.
- Indique as principais diferenças encontradas, quando usa vendas, óculos redutores do campo de visão ou óculos que apenas permitem ter visão periférica quando:
- se tenta equilibrar e colocar-se numa posição em relação a um local ou outra pessoa.

2.3.7. AS COMPETÊNCIAS DE MANIPULAÇÃO



As competências de manipulação: focam-se no controlo dos objetos usando mãos, pés, ou qualquer outra parte do corpo. Inclui agarrar, lançar, receber, pontapear, bater e/ou conduzir de um lugar para outro um objeto.



No caso de pessoas cegas, baixa visão ou com dificuldades de mobilidade dos membros superiores deve incluir a possibilidade de receber com qualquer parte do corpo e para os primeiros, a existência de som nos alvos e de bolas com guizos.

2.3.8. AVALIAÇÃO E REGISTO DO DESEMPENHO DAS COMPETÊNCIAS DE MANIPULAÇÃO

A avaliação do desempenho destas competências pode ser efetuada por testes ou escalas de desenvolvimento já adaptadas e validadas para as pessoas com deficiência. Deve ser solicitado o apoio de profissionais habilitados para o efeito e habituados a trabalhar com esta população e se possível estabelecer em conjunto os objetivos de trabalho para o(a) atleta em causa neste âmbito.

É, no entanto, necessário que o treinador seja capaz de registar a participação da pessoa com deficiência tanto no

que diz respeito ao desempenho motor e à sua evolução, como ao seu interesse e motivação. Com essa finalidade tem-se defendido que se deve registar a sua evolução com a participação da pessoa com deficiência e sua família, no caso das crianças, como meio de motivação e compreensão da sua evolução.

Na impossibilidade de se analisar todas as competências manipulativas escolheu-se construir um exemplo de avaliação e registo do lançamento.

Lançamento por baixo e/ou por cima a um alvo.	SS	AV	AFP	AFT
Agarra a bola.				
Olha para o alvo.				
No lançamento por cima leva a bola ao ombro.				
No lançamento por baixo leva a bola à altura dos joelhos.				
Leva a bola para trás e aponta para o alvo.				
Roda o tronco e leva o braço do lançamento atrás.				
Roda o tronco e leva o braço à frente.				
Larga a bola.				
Segue-a.				
Verifica se acertou no alvo.				
Pontuação atingida por coluna				
Máximo de pontuação possível	40			
Nível de independência (% entre a pontuação máxima e a atingida).				

Legenda: SS – Faz sempre sozinho (4 pontos); AV – Ajuda verbal (3 pontos); AFP – Faz com ajuda física numa determinada fase de execução do movimento (2 pontos); AFT – Sempre com ajuda física (1 ponto).

2.3.9. ATIVIDADES DE SIMULAÇÃO – COMPETÊNCIAS DE MANIPULAÇÃO

As atividades de simulação neste âmbito têm como objetivo compreender algumas dificuldades mais referidas das pessoas com deficiência motora, mental e visual.

Dos exemplos de atividades de simulação que se seguem devem ser escolhidas algumas e experimentadas na formação, visando a compreensão dos problemas de desempenho das pessoas com deficiência.

////////////////////////////////////

14. Num ginásio passar a bola sem movimentar o(s) braço(s):

- Imobilizar um braço prendendo-o junto ao tronco. Lançar a bola a um alvo.
- Com os dois braços imobilizados passar a bola a um colega.
- Com os dois braços imobilizados passar a bola a um colega usando um plano inclinado, etc.

////////////////////////////////////

15. Num ginásio sentado na cadeira de rodas “pontapear” uma bola na direção de um alvo.

////////////////////////////////////

16. Num ginásio receber a bola sem movimentar o(s) braço(s):

- Imobilizar um braço prendendo-o junto ao tronco. Receber uma bola que rola pelo solo, lançada a meia altura ou por cima.
- Com um braço imobilizado interceptar uma bola lançada pelo ar.
- Com os dois braços imobilizados bloquear a passagem de uma bola lançada por um colega usando diferentes partes do corpo. >>

////////////////////////////////////

17. Num ginásio usando vendas ou óculos redutores do campo de visão (central e periférica) lançar e receber uma bola com guizos:

- a) Saltitando pelo solo.
- b) Passe picado.
- c) Por cima.

////////////////////////////////////

18. Reflexão:

Indique semelhanças e diferenças encontradas, entre o seu padrão de lançamento e receção da bola habitual e aqueles que na experiência que acabou de realizar, apresentou quando:

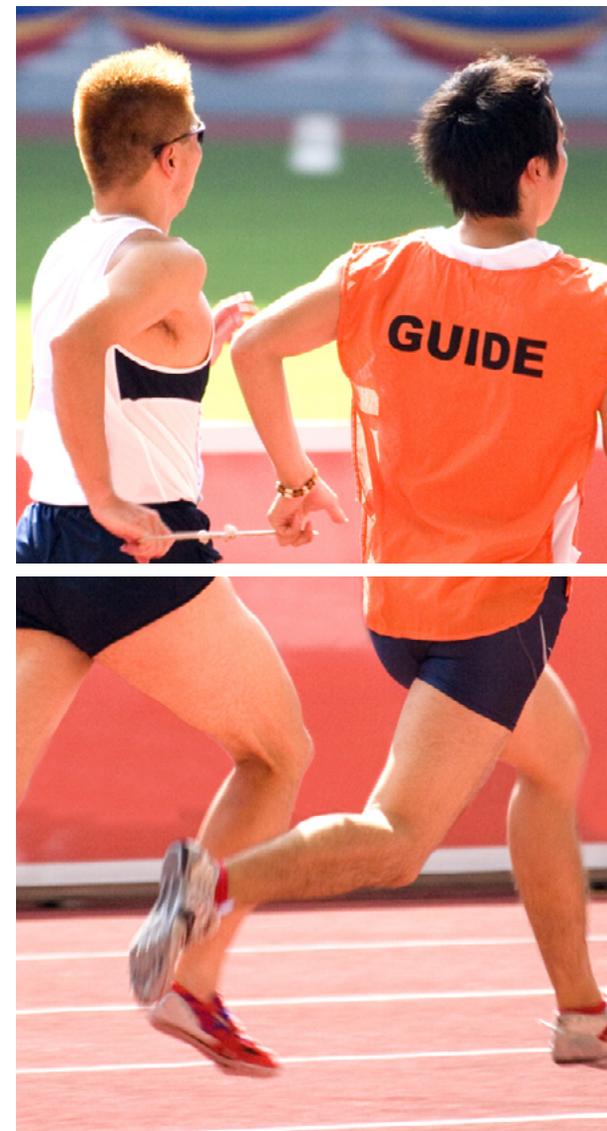
- a) Não pode mover (o)s braço(s).
- b) Não pode mover o(s) membros inferiores.
- c) Usou vendas, óculos que reduzem a visão:
 - i. bem iluminados;
 - ii. mal iluminados e desconhecidos.

2.4. Avaliar a participação

Avaliar a participação dos atletas com deficiência é particularmente importante uma vez que ajuda a compreender melhor o que os motiva e as suas limitações de desempenho. Para analisar o nível de participação propõe-se o registo da atenção do atleta e o tipo de comportamento na atividade.

Participação.	S	M	A	PA
Está com atenção e acompanha o que se passa.				
Toma a iniciativa e participa na sua vez.				
Respeita o treinador/árbitro, etc.				
No jogo respeita a sua equipa.				
No jogo respeita a equipa adversária.				
Cumpr o solicitado.				
Intervém no momento adequado.				
Pontuação atingida por coluna.				
Máximo de pontuação possível	28			
Nível de participação (% entre a pontuação máxima e a atingida)				

Legenda: S – Faz sem qualquer tipo de chamada de atenção (4 pontos); M – Faz na maioria das vezes (3 pontos); A – Faz algumas vezes, mas está fora da tarefa grande parte do tempo (2 pontos); PA – Participa apenas quando lhe chamam a atenção (1 ponto).





SINOPSE DA UNIDADE CURRICULAR



No final desta unidade curricular pretende-se que os formandos:

- Identifiquem os fatores que contribuíram para a necessidade de falar em igualdade de direitos entre pessoas com e sem deficiência no âmbito da atividade física e desportiva.
 - Reconheçam as diferenças entre o modelo clínico social e biopsicossocial.
 - Reconheçam a necessidade de criar novos conceitos ou de proceder à sua alteração como, por exemplo, o de incapacidade.
 - Reconheçam o papel determinante do desporto para a mudança de mentalidades e de atitudes para com as pessoas com deficiência.
 - Identifiquem as componentes da adaptação.
- Saibam construir/selecionar situações de jogadas/exercícios que promovam a perícia necessária para uma deslocação eficaz em cadeira de rodas e/ou a orientação pelo som na deslocação no espaço.
 - Saibam construir/selecionar situações de jogadas/exercícios que promovam os movimentos de estabilidade e equilíbrio de forma a manter o controlo do corpo nas mudanças de posição quando existem limitações de desempenho.
 - Saibam construir/selecionar situações de jogadas/exercícios que promovam o domínio de objetos quando existam limitações visuais ou a nível dos membros superiores.
 - Apliquem formas de registo que identificam a evolução do atleta com deficiência e o motivam para continuar a treinar.



AUTOVERIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS



A. Aferição do conhecimento

1. A incapacidade é vista como uma consequência da deficiência em que modelo? O que levou à alteração desse conceito?
2. Comente a frase: A inclusão só por si, sem alterações na organização social (serviços de informação, saúde, educação, desporto, etc.) não consegue contribuir eficazmente para a igualdade de oportunidades.
3. Ao desporto para pessoas com deficiência é atribuído um papel determinante na mudança de mentalidades. Justifique indicando algumas dessas razões.
4. Indique três fatores que limitam e três que facilitam a participação desportiva das pessoas com deficiência.
5. Defina adaptação no desporto e indique as suas componentes.

B. Aplicação do conhecimento

1. Dê exemplos de situações que contribuam para a participação e /ou inclusão desportiva e exemplos das que constituam barreiras a essa participação.
2. Dê um exemplo de como uma federação desportiva pode contribuir para uma maior sensibilização do público para a existência de mais praticantes com deficiência no desporto.
3. Escolha um exercício que geralmente faz parte do treino do desporto que pratica e que implique deslocamentos e/ou lançamentos. Descreva-o indicando as adaptações a efetuar quando essa atividade fosse efetuada por uma das seguintes pessoas: **a)** paraplégica em cadeira de rodas; **b)** amputada de um braço; **c)** cega; **d)** baixa visão. Como efetuaria o registo do desempenho dessas pessoas?



RECOMENDAÇÕES DE LEITURA

Advancing the Rights and Inclusion of Persons with disabilities worldwide, disponível em <http://www.riglobal.org>

APD (2002). *Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência, da Utopia à Realidade* (Livro Branco). Lisboa: APD.

Tackling Discrimination, EU, disponível em: <http://www.stop-discrimination.info/>

Moniz Pereira, L. (1984). Evolução do estatuto do deficiente na Sociedade. *Horizonte*. Vol.1, nº 2, Nov./Dez., pág. 132 a 135

Moniz-Pereira, L. ed. (2017). *Manual de Desporto Adaptado - In Desporto com sentido* (2.ª ed.), (78 págs.). Seixal: APCAS. ISBN 978-989-20-7795-6.



RECOMENDAÇÕES DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS





GLOSSÁRIO DE CONCEITOS-CHAVE



No âmbito da formação em Desporto Adaptado, considerou-se importante, na elaboração deste glossário, a inclusão de conceitos base que contribuem para a formação do treinador, que não se encontram no corpo do texto, mas que são determinantes para a aquisição de uma linguagem comum, entre os diferentes profissionais que participam no campo do desporto das pessoas com deficiência.

Os termos e a sua definição são traduções de autores de língua inglesa. Optou-se por manter a tradução do termo *disability* por **incapacidade** dado ser esta a tradução que consta na tradução oficial da Direção Geral de Saúde. Chama-se a atenção para o facto de países como Espanha não usarem o termo incapacidade, mas antes “descapacidade” uma vez que o termo incapacidade continua a ser usado como o resultado de uma deficiência no âmbito das medidas de proteção social (ex.: um trabalhador que sofre um acidente de trabalho e fica com uma lesão que corresponde a um determinado nível de incapacidade tem direito a...).

Acessibilidade

Organização do meio edificado de maneira a permitir a sua utilização da forma mais independente e natural possível. As condições e a qualidade de vida quotidiana dependem de ter uma habitação adequada às suas capacidades funcionais, poder movimentar-se sem entraves e frequentar livremente os lugares públicos. O campo da “normalidade” deve ser alargado, do ponto de vista da antropometria, das capacidades físicas e características psicológicas. Pode dizer-se que a acessibilidade se refere à igualdade de oportunidades no acesso e na utilização do meio envolvente (Cons. Europa, 1994).

Atitude

Reação baseada numa avaliação favorável ou desfavorável, em relação a alguém (muitas vezes alicerçada em crenças e exibida através de sentimentos ou comportamentos intencionais) (Myers, 2010).

Atividade

É a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Esta representa a perspetiva individual da funcionalidade.

Limitações da atividade - São dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades. Uma limitação da atividade pode variar de um desvio leve a grave em termos da quantidade ou da qualidade na execução da atividade comparada com a maneira ou a extensão esperada em pessoas sem essa condição de saúde (OMS, 2004).

Barreiras

São fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade. Estes fatores incluem aspetos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida (OMS, 2004).

Capacidade

Aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. É um construto que indica o nível máximo possível

GLOSSÁRIO DE CONCEITOS-CHAVE



de funcionalidade que uma pessoa pode atingir, num dado momento, em algum dos domínios incluídos em atividades e participação (OMS, 2004).

Deficiência

São alterações/perdas nas funções (incluindo as mentais) ou nas estruturas do corpo. As alterações referem-se a um desvio importante medido em relação ao modelo baseado na população, e geralmente aceite como normal. Pode ser leve ou grave e pode variar ao longo do tempo. Do ponto de vista médico, deve-se ter em mente que as deficiências não são equivalentes às patologias subjacentes, mas sim a manifestações dessas patologias. As deficiências podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. (OMS, 2004).

Descriminação

Comportamento negativo não justificado em relação a membros de um grupo (Myers, 2010).

Empoderamento

O processo de aquisição ou reaquisição de poder e controlo de vida pelas pessoas que foram desvalorizadas de forma a terem o direito a uma vida condigna e à autodeterminação (Sherrill, 2004).

Envolvimento o menos restritivo possível

Aquele que maximiza a integração dos indivíduos com os seus pares. Defendem que os indivíduos com deficiência devem ser colocados (na educação, emprego, lazer, etc.) da forma mais adequada possível junto com os indivíduos sem deficiência. A privação da inclusão num contexto “normal” poderá apenas ocorrer quando a natureza e gravidade da deficiência é tal que não permite a concretização de objetivos (educativos, profissionais, etc.), mesmo com a utilização de apoios suplementares. A escolha do tipo de colocação nunca deverá ter como critério: tipo de deficiência, inadequação ou falta de disponibilidade dos serviços de apoio, disponibilidade de espaço, programas, métodos ou estratégias (Gartner e Lipsky, 1987).

Equilíbrio

Processo de controlo que mantém as partes do corpo no alinhamento específico, necessário para atingir diferentes tipos de mobilidade e estabilidade. Participam o sistema vestibular, tátil-cinestésico e visual. A manutenção do equilíbrio envolve a informação sensorial e a resposta motora (Sherrill, 2004).

Estruturas do corpo

São as partes estruturais ou anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes classificados de acordo com os sistemas orgânicos. O padrão para essas estruturas é a norma estatística para a população humana (OMS, 2004).

Facilitadores

São fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa. Estes fatores incluem aspetos como um ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade,

GLOSSÁRIO DE CONCEITOS-CHAVE



bem como serviços, sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida. A ausência de um fator também pode ser um facilitador, por exemplo, a ausência de estigma ou de atitudes negativas. Os facilitadores podem impedir que uma deficiência ou limitação da atividade se transforme numa restrição de participação, já que o desempenho real de uma ação é melhorado, apesar do nível de capacidade da pessoa (OMS, 2004).

Fatores ambientais

Constituem o ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho, enquanto membros da sociedade e sobre a capacidade do indivíduo para executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo dado interagirem com as componentes das Funções e Estruturas do Corpo e as Atividades e a Participação. Pode ser

criado pela sociedade um ambiente com barreiras ou sem facilitadores, (ex.: prédios inacessíveis ou indisponibilidade de dispositivos de auxílio), e restringe o desempenho do indivíduo. Estes fatores estão organizados em dois níveis distintos:

Individual – no ambiente imediato do indivíduo, englobando espaços como o domicílio, o local de trabalho e a escola. Inclui as características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, bem como o contacto direto com outros indivíduos: família, conhecidos, colegas e estranhos.

Social – estruturas e redes sociais formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre os indivíduos. Inclui organizações e serviços relacionados com: trabalho, atividades na comunidade, organismos governamentais, serviços de comunicação e de transporte. Inclui ainda leis, regulamentos, regras, atitudes e ideologias (OMS, 2004).

Fatores contextuais

São os fatores que, no seu conjunto, constituem todo o envolvimento da vida de um indivíduo. Têm duas componentes: os fatores pessoais e os fatores ambientais (OMS, 2004).

Fatores pessoais

São o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características do indivíduo que não são parte de uma condição ou estado de saúde. Esses fatores podem incluir o sexo, raça, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, (eventos na vida passada e na atual), padrão geral de comportamento, carácter, características psicológicas individuais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível. Os fatores pessoais não são classificados na CIF, mas os seus utilizadores podem incorporá-los nas suas aplicações da classificação (OMS, 2004).

GLOSSÁRIO DE CONCEITOS-CHAVE



Funcionalidade

É um termo genérico (“chapéu”) para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Indica os aspetos positivos da interação ou relação complexa entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). É utilizada uma abordagem “biopsicossocial” para a integração das várias perspetivas de funcionalidade. Tenta-se chegar a uma síntese dando uma visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2004).

Funções do corpo

São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas. “Corpo” refere-se ao organismo humano como um todo e, portanto, inclui o cérebro. Assim, as funções mentais (ou psicológicas) são consideradas parte das funções do corpo. O padrão para essas funções é a norma estatística para a população humana (OMS, 2004).

Igualdade de oportunidades

Processo pelo qual os diversos sistemas

da sociedade e o meio envolvente, tais como serviços, atividades, informação e documentação, se tornam acessíveis a todos e, em especial, às pessoas com deficiência, Art.º 24 (ONU, 1994).

Incapacidade

A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. É um termo genérico (“chapéu”) para as deficiências, limitações de atividade e restrições na participação. Representa um fenómeno multidimensional e indica os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Assim, a solução do problema requer uma ação social e é da responsabilidade coletiva da sociedade fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. Portanto, é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos e não representa a pessoa (OMS, 2004).

Mobilidade

Movimento quando ocorre mudança da posição ou da localização do corpo, se transportam, movem ou manuseiam objetos de um lugar para outro, se anda, corre ou sobe/desce e se utilizam diversas formas de transporte (OMS, 2004).

Orientação

Capacidade de o indivíduo se orientar em relação ao seu meio ambiente. Inclui a receção de sinais do meio ambiente (através da visão, audição, olfato e tato), assimilação destes sinais e a expressão de uma resposta ao que foi assimilado. Inclui as consequências das incapacidades no comportamento e na comunicação, abrangendo os diferentes graus de ver, ouvir, tocar e falar e a assimilação destas funções pela mente (OMS, 1980).

Participação

É envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Representa a perspetiva social da funcionalidade. “Restrições na participação” são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

GLOSSÁRIO DE CONCEITOS-CHAVE

A presença da restrição de participação é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade” (OMS, 2004).

Produtos de Apoio/Tecnologias de Apoio ou Assistenciais/Ajudas técnicas

Qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível, para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições na participação (INR, 2010).





REFERÊNCIAS

Lieberman, L. J.; Houston-Wilson, C. (2018). *Strategies for Inclusion, Physical Education for Everyone*. 3th Ed. Leeds: Human Kinetics.

Moniz Pereira, L. (2017). Adaptar para participar e incluir. In APCAS – Associação de Paralisia Cerebral de Almada e Seixal (Eds.), *Desporto com Sentido – Manual de Desporto Adaptado*, (pp. 7-19). Seixal: Artwear. ISBN: 978-989-20-7795-6.

Myers, D. G. (2010). *Glossary. Social Psychology* (10th ed.). Disponível em http://highered.mcgraw-hill.com/sites/0073370665/student_view0/glossary.html

Organização das Nações Unidas (ONU, 1983). *Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes*. (Tradução do Secretariado Nacional de Reabilitação) Lisboa: S.N.R

Organização das Nações Unidas (ONU, 1994). *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*. (Tradução do Secretariado Nacional de Reabilitação, 1995). Lisboa: S.N.R

Organização das Nações Unidas (ONU, 2008). *Sport for Development and Peace International Working Group (SDPIWG) – Sport and Persons with Disabilities: Fostering Inclusion and Wellbeing in Harnessing the power of sport for development and peace: Recommendations to the governments*, (pp.167-200). Toronto: Right to Play.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 1980). *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças*. (Tradução do Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989). Lisboa: SNR.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004). *ICF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde* (Tradução de Amélia Leitão da Direcção-Geral de Saúde, 2004). Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx>

Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan*. New York: McGraw-Hill

Winnick J. P. (2011). *Adapted physical education and sport*. Champaign, Ill: Human Kinetics.



FICHA TÉCNICA

PLANO NACIONAL DE FORMAÇÃO DE TREINADORES
MANUAIS DE FORMAÇÃO - GRAU I

EDIÇÃO

INSTITUTO PORTUGUÊS DO DESPORTO E JUVENTUDE, I.P.
Rua Rodrigo da Fonseca nº55
1250-190 Lisboa
E-mail: geral@ipdj.pt



AUTORES

LEONOR MONIZ PEREIRA
DESPORTO ADAPTADO

**ISABEL MESQUITA, CLÁUDIO FARIAS, PATRÍCIA COUTINHO,
PAULA QUEIRÓS E PAULA SILVA**
PEDAGOGIA E DIDÁTICA DO DESPORTO

RAÚL ANTÓNIO BANDARRA PACHECO E LUÍS HORTA
FUNCIONAMENTO DO CORPO HUMANO,
PRIMEIROS SOCORROS E ANTIDOPAGEM

**JOSÉ CARLOS LIMA, ANDRÉ XAVIER DE CARVALHO
E BRUNO AVELAR ROSA**
ÉTICA NO DESPORTO

PAULO CUNHA, JOSÉ AFONSO E FILIPE MANUEL CLEMENTE
TEORIA E METODOLOGIA DO TREINO DESPORTIVO

COORDENAÇÃO DA PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Isabel Mesquita

COORDENAÇÃO DA EDIÇÃO

DFQ - Departamento de Formação e Qualificação

DESIGN E PAGINAÇÃO

BrunoBate-DesignStudio

34

© IPDJ - 2021