

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE DESPORTOS  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**CAROLINE SOUZA DE AZEVEDO**

**PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DA EQUIPE  
MASCULINA DE GOALBALL DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Florianópolis

2017

Caroline Souza de Azevedo

**PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DA EQUIPE  
MASCULINA DE GOALBALL DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação  
em Educação Física – Bacharelado do Centro de  
Desportos da Universidade Federal de Santa  
Catarina como requisito para a obtenção do  
Título de Bacharel em Educação Física.  
Orientadora: Profa. Dra. Bruna Barboza Seron

Florianópolis

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

AZEVEDO, CAROLINE SOUZA DE  
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DA EQUIPE  
MASCULINA DE GOALBALL DE FLORIANÓPOLIS/SC / CAROLINE SOUZA  
DE AZEVEDO ; orientador, BRUNA BARBOZA SERON, 2017.  
52 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Desportos, Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. QUALIDADE DE VIDA. 3. GOALBALL. 4.  
DEFICIÊNCIA VISUAL. I. SERON, BRUNA BARBOZA . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em  
Educação Física. III. Título.

CAROLINE SOUZA DE AZEVEDO

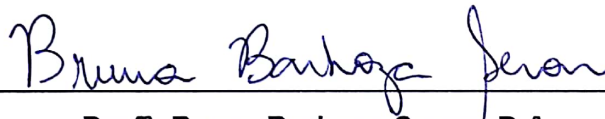
**PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E DE DOR EM ATLETAS DA  
EQUIPE MASCULINA DE GOALBALL DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de "Bacharel em Educação Física" e aprovado em sua forma final pelo Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, com a nota

8,8

Florianópolis, 23 de novembro de 2017.

**Banca Examinadora:**

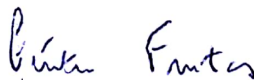
  
\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup>. Bruna Barboza Seron, Dr<sup>a</sup>.**

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

  
\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup>. Angela Teresinha Zuchetto, Dr<sup>a</sup>.**

Universidade Federal de Santa Catarina

  
\_\_\_\_\_  
**Prof<sup>a</sup>. Cíntia De La Rocha, Dr<sup>a</sup>.**

Universidade Federal de Santa Catarina

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus que me oportunizou essa conquista e tem me abençoado ricamente e me guardado.

À minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup>. Bruna Barboza Seron, que me norteou durante todo o processo da pesquisa.

Aos professores do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, que foram os mediadores do meu processo de ensino e aprendizagem, em especial àqueles que fizeram parte da minha trajetória: Cíntia de La Rocha Freitas, Giovani Firpo Del Duca, Jucemar Benedet e Nivia Marcia Velho.

À Universidade Federal de Santa Catarina e aos colegas dos cursos de Licenciatura e Bacharel em Educação Física que estiveram ao meu lado durante o processo.

Aos colegas que diariamente conviveram comigo durante os anos de formação, onde pude crescer e amadurecer através das trocas e vivências.

Aos colegas do Centro Acadêmico de Educação Física que lutaram junto comigo em prol de um curso/universidade/sociedade melhor e menos desigual.

Aos meus familiares, em especial aos meus irmãos Camila e Vinícius e minha avó Marília que participaram mais de perto do meu processo de graduação.

E aos meus pais que eu amo tanto, e são minha sustentação, principalmente à minha mãe Berenice que foi meu ombro e consolo, conselheira e amiga durante todo o tempo.



Fonte: Site da Confederação Brasileira de Desportos para Deficientes Visuais

*“É melhor tentar e falhar,  
que preocupar-se e ver a vida passar;  
é melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se fazendo nada até o final.  
Eu prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver...”.*  
**Martin Luther King**

## RESUMO

Pessoas com deficiência visual enfrentam diversas barreiras que impedem sua participação igualitária na sociedade. Aliado a isto, estas apresentam menores níveis de aptidão física, de percepção de bem-estar e de qualidade de vida. Neste sentido, a prática de esporte pode contribuir para a minimização destes prejuízos. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi verificar a percepção de qualidade de vida de atletas com deficiência visual da equipe masculina de goalball de Florianópolis/SC. Para tanto, realizou-se um estudo do tipo descritivo, com delineamento transversal, em 12 atletas da equipe masculina de goalball de Florianópolis/SC. Foi aplicado um questionário de anamnese para conhecimento geral do perfil dos atletas (características da deficiência visual, idade, IMC e incidência de lesão) e o questionário NEI-VFQ – 25 que avalia o impacto da perda visual na qualidade de vida (QV) e este pode ser dividido em subdomínios da QV, e apresenta escore de 0 a 100 pontos. Os dados foram tratados inicialmente por meio de estatística descritiva. Para a comparação foi utilizado teste t-student para amostras independentes e aplicado teste de correlação de Pearson para verificar possíveis associações entre as variáveis. Os participantes tinham em média 6,2 anos de prática da modalidade e apresentaram escore médio de percepção de qualidade de vida de 56. Ao analisar por subdomínio, observou-se que a melhor percepção de QV foi para o subdomínio de aspectos sociais que atingiu um escore de 92 pontos, e os menores escores relacionavam-se especificamente com a falta da visão. Ao comparar o escore da percepção de QV e seus subdomínios por incidência de lesão ou severidade da visão, não foram encontradas diferenças significativas. Entretanto, encontrou-se que os indivíduos mais velhos (>30 anos) percebiam melhor sua QV em relação aos mais jovens ( $p < 0,05$ ). Ao correlacionar os subdomínios da QV entre eles, observou relação moderada entre independência e os aspectos sociais, e entre atividade da vida diária e saúde mental. Ainda, a saúde geral foi correlacionada de maneira moderada e negativa com o IMC. Pode-se verificar que diversos fatores podem influenciar a percepção de qualidade de vida de sujeitos com deficiência visual. Contudo fatores de aspectos sociais, dados de IMC, saúde geral e mental, nível de independência e a possibilidade de realização de atividades da vida diária com destreza podem estar relacionados diretamente com a qualidade de vida e por isto devem ser levados em consideração na formação e vida do sujeito. Por fim, podemos considerar que os atletas de goalball participantes deste estudo atingiram menores escores (<55) de QV quando se considerou aspectos específicos da visão, no entanto percebem sua qualidade de vida de uma forma mais positiva (escore >64) quando considera-se sua independência, capacidade de realização das atividades da vida diária, saúde mental e geral e especialmente os aspectos sociais que atingiu um escore de 92. Portanto, incentiva-se a prática de esporte para pessoas com deficiência visual já que este fato pode colaborar com sua autonomia e participação na sociedade.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Deficiência visual. Goalball.

## ABSTRACT

People with visual impairment face several barriers that prevent their participation in equality in society. Allied to this, advanced students of physical level, perception of well-being and quality of life. In this sense, the practice of sports can contribute to minimize these losses. Thus, the objective of this research to verify the perception of quality of life of athletes with visual impairment of the male goalball team of Florianópolis / SC. To do so, a descriptive, cross-sectional study was carried out on 12 athletes from the goalball men's team in Florianópolis / SC. An anamnesis questionnaire was published for general knowledge of the profile of the actors and the NEI-VFQ-25 questionnaire assessing the impact of visual loss on quality of life (QOL) and this can be divided into subdomains of QOL, and presents a score from 0 to 100 points. Data were initially treated using descriptive statistics. For the comparison, t-student test was used for independent samples and Pearson's correlation test was applied to verify possible associations between the variables. Participants had an average of 6.2 years of practice and presented a mean quality of life perception score of 56. When analyzing by subdomain, it was observed that the best perception of QoL was for the subdomain of social aspects that reached a score of 92, and the lowest scores were specifically related to the lack of vision. When comparing the score of the perception of QoL and its subdomains by incidence of lesion or severity of vision, no significant differences were found. However, it was found that the older individuals (> 30 years) perceived their QoL better than the younger ones ( $p < 0.05$ ). When correlating the subdomains of QoL between them, there was a moderate relationship between independence and social aspects, and between daily life and mental health. Moreover, general health was moderately and negatively correlated with BMI. It can be verified that several factors can influence the perception of quality of life of subjects with visual impairment. However factors of social aspects, BMI data, general and mental health, level of independence and the possibility of carrying out activities of daily living with dexterity may be directly related to the quality of life and therefore should be taken into account in the formation and life of the subject. Finally, we can consider that goalball athletes participating in this study achieved lower scores (<55) of QOL when they considered specific aspects of the vision, however they perceive their quality of life in a more positive way (score > 64) it is necessary to have independence, capacity to perform activities of daily living, mental and general health and especially social aspects that reached a score of 92. Therefore, it is encouraged the practice of sports for people with visual impairment since this fact can collaborate with their autonomy and participation in society.

**Keywords:** Quality of life. Visual impairment. Goalball.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Subdomínios do questionário VFQ-25 .....	27
Quadro 2 – Média das características da população .....	29
Quadro 3 – Correlação significativa com média de Qualidade de Vida .....	37
Quadro 4 – Correlação significativa com média de QV sem Aspectos da Vis.....	38
Quadro 5 – Correlação significativa com médias de resultados gerais .....	38

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Campo de Goalball .....	21
Figura 2 – Posicionamento dos jogadores nas zonas do campo .....	23
Figura 3 – Média do IMC dos participantes .....	30
Figura 4 – Patologia das deficiências dos participantes .....	31
Figura 5 – Tipos de lesões .....	32
Figura 6 – Local das lesões .....	32
Figura 7 – Qualidade de vida pelos subdomínios .....	34
Figura 8 – Qualidade de vida sem aspectos da visão .....	35
Figura 9 – Domínios da Qualidade de vida .....	36

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA .....	11
1.2 JUSTIFICATIVA .....	12
1.3 OBJETIVOS .....	13
<b>1.3.1 Objetivo geral</b> .....	13
<b>1.3.2 Objetivos específicos</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
2.1 ASPECTOS GERAIS DA DEFICIÊNCIA VISUAL .....	14
2.2 ATIVIDADE FÍSICA E A DEFICIÊNCIA VISUAL.....	15
2.3 QUALIDADE DE VIDA E A PRÁTICA ESPORTIVA.....	17
2.4 MODALIDADE DO GOALBALL.....	18
<b>2.4.1 Conhecendo o goalball</b> .....	18
<b>2.4.2 Dinâmica do jogo</b> .....	21
<b>2.4.3 Lesões na modalidade</b> .....	23
<b>3 MÉTODOS</b> .....	25
3.1 PARTICIPANTES.....	25
3.2 PROCEDIMENTOS.....	25
3.3 INSTRUMENTOS.....	25
3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS .....	27
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	28
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	28
4.2 INCIDÊNCIA DE LESÕES .....	30
4.3 PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA .....	32
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICE A – ANAMNESE RELACIONADA A ASPECTOS PESSOAIS, SOBRE A PRÁTICA ESPORTIVA E LESÕES</b> .....	44
<b>ANEXO A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	45
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO NEI-VFQ-25</b> .....	47

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A participação em atividade física regular pode ser considerada essencial para o desenvolvimento global de pessoas com deficiência. Favorecendo além do desenvolvimento motor, a ampliação das “aptidões intelectuais, escolares e sociais, originando, desse modo, a integração de todos os cidadãos na vida em comunidade” (MARQUES; CASTRO; SILVA, 2001, p. 76).

Dentre as modalidades praticadas por pessoas com deficiência, o Goalball, diferentemente de outras modalidades adaptadas, foi criado exclusivamente para pessoas com deficiência visual, inicialmente com o intuito de promover a reabilitação de veteranos de guerra que perderam total ou parcialmente a visão em combate por intermédio da prática esportiva e atualmente tem se tornado uma das modalidades paralímpicas mais populares e de grande potencial inclusivo (NASCIMENTO; MORATO, 2006, ALMEIDA et al., 2008, NASCIMENTO; CAMARGO, 2012).

Atualmente, o Goalball é praticado em mais de cem países e no Brasil em 2015, 49 equipes masculinas e 37 equipes femininas participaram dos campeonatos regionais classificatórios para o Campeonato Brasileiro de Goalball. As competições são organizadas e destinadas para pessoas com deficiência visual e que estejam de acordo com a classificação esportiva determinada pela Federação Internacional de Desportos para Cegos (IBSA).

Com a evolução desse esporte, a prática começou a exigir mais de seus praticantes na parte física, técnica e psicológica, aumentando a quantidade e duração dos treinos e mudando o foco de esporte de reabilitação, integração e recreação para o alto rendimento. Surgiram então, campeonatos com maiores números de equipes, mais competitivos e desgastantes. Tais fatos podem ter contribuído para o crescimento também no número de lesões esportivas decorrentes de sua prática (SILVA et al, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), a qualidade de vida se define como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações. Por isso, é importante perceber de forma positiva sua qualidade de vida.

Estudos recentes têm demonstrado que a deficiência visual tem sido associada com prejuízo no desempenho das atividades da vida diária, aumento de quedas e uma baixa qualidade de vida. Nesse sentido, Masaki (2015) observou que a qualidade de vida de estudantes japoneses com deficiência visual é menor em comparação à população em geral de idade semelhante.

No entanto, como apontado por Çolak et al (2004), apesar de pessoas com deficiência visual serem mais propensas a apresentarem menores níveis de capacidade física, problemas posturais, dificuldades de orientação e depressão, a prática de goalball contribui significativamente para minimizar essas condições.

Portanto, diante da relevância do tema parece importante pesquisar as relações entre incidência de lesões e dor e qualidade de vida a fim de contribuir para a melhora do desempenho esportivo desses atletas, bem como para o seu bem-estar no dia a dia. Diante dessas variáveis a pesquisa tenta responder a principal questão problema: existe relação entre a percepção de qualidade de vida com incidência de lesão, grupo etário e severidade da visão atletas de goalball?

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse em estudar acerca da percepção de qualidade de vida e dor em atletas do goalball partiu de uma experiência no início da graduação de licenciatura em educação física na participação no projeto “Sábado no Campus: esportes adaptados e o goalball na formação acadêmica” com as equipes femininas e masculinas de goalball de Florianópolis/SC. Com esta experiência pude vivenciar na prática o contato com populações especiais, e através do direcionamento do professor, elaborar atividades para melhorar as práticas motoras dessa população. Essas alterações eram visíveis tanto no desempenho da modalidade desportiva, quanto no dia a dia dos jovens e adultos que participam do projeto. Já no final da graduação de bacharelado em educação física obtive a oportunidade por meio da professora orientadora em estudar e produzir este estudo acerca nos atletas desta modalidade, colocando assim na teoria todo o conhecimento vivenciado na prática.

Além desta necessidade de conhecer mais acerca da temática, a pretensão de conhecer a percepção de qualidade de vida e de dor de atletas com deficiência visual amplia a maneira de pensar a promoção, políticas de permanência e adaptações de atividade física para esta população, além de pensar na modalidade

do goalball como esporte de alto rendimento e sua possível relação com os aspectos da qualidade de vida para os sujeitos praticantes. Durante a formação como profissional de educação física muitas são as modalidades apresentadas e muitas são também as dificuldades que podem ser encontradas no dia a dia das equipes, academias e locais de trabalho. Por isso a importância de ampliar o conhecimento acerca da deficiência visual em relação à prática de exercícios físicos relacionados com a percepção de qualidade de vida e de dor de atletas.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo geral

- Verificar a relação da percepção de qualidade de vida de atletas com deficiência visual da equipe masculina de goalball de Florianópolis/SC.

#### 1.3.2 Objetivos específicos

- Correlacionar à percepção de qualidade de vida com subdomínios da qualidade de vida, percepção de dor e IMC;
- Comparar a percepção de qualidade de vida e subdomínios da qualidade de vida por incidência de lesão, grupo etário e severidade da visão.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASPECTOS GERAIS DA DEFICIÊNCIA VISUAL

As diversas deficiências estão presentes no dia a dia das pessoas, que cada vez mais tem acessado os diversos ambientes da sociedade. Mas as dificuldades que essas pessoas enfrentam nos seus cotidianos têm sido alvo de estudos que buscam compreender as barreiras sociais e físicas encontradas, pois o ambiente o qual o sujeito se encontra exerce grande impacto na sua relação com a deficiência. De acordo com o Relatório mundial sobre a deficiência da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) tem como objetivo “[...] promover, proteger, e garantir o usufruto pleno e igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (OMS, 2012, p. 9). Essas convenções são necessárias, muitas vezes, para reafirmar a posição de sujeito atuante na sociedade a todos e todas que por alguma discriminação se sentem à parte dela, pois sua autonomia também engloba a superação da limitação da visão e do estigma que ela carrega (ACIEM; MAZZOTTA, 2013).

A cegueira por sua vez apresenta características apontadas pela mesma organização (OMS, 2012), colocadas como tratáveis (tais como a catarata e anomalias de refração), evitáveis (tais como tracoma, oncocercose, deficiência de vitamina A e outras causas de cicatrização da córnea em crianças) e de difícil tratamento (tais como retinopatia diabética, glaucomas e retinopatia da prematuridade e outras que ainda requerem mais pesquisas para maior conhecimento, como a degeneração da mácula relacionada com a idade e outras doenças de retina e no nervo ótico). Ainda segundo a Portaria Nº 3.128/2008 do Ministério da Saúde considera-se deficiência visual a pessoa que possui baixa visão ou cegueira. Baixa visão refere-se a pessoas com visão limitada no melhor olho com a melhor correção – “quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20º no melhor olho com a melhor correção óptica” e o termo cegueira quando o sujeito apresenta uma visão muito baixa no melhor olho com a melhor correção –

“considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10°”.

Consoante com os dados da OMS (2012), em 1990 havia cerca de 38 milhões de pessoas cegas, e a estimativa da organização é de que em 2020 chegue a 75 milhões de pessoas cegas. A grande preocupação do aumento de pessoas cegas deve-se a possível piora da qualidade de vida dessas pessoas devido aos impactos adversos sobre o emprego, renda, educação, e despesas para tratar a deficiência. E esta grande demanda promove a problematização acerca do risco que estas pessoas têm de se tornarem menos ativas, gerando a predisposição a se tornarem sedentárias. Pois já se entende que “adolescentes menos ativos fisicamente apresentam maior predisposição a tornarem-se adultos sedentários” (BAUMAN apud SERON et al, 2012, p. 231). Esta condição pode gerar problemas de desenvolvimento como obesidade, doenças cardiovasculares, problemas ósseos e musculares e perda de autonomia (SERON, 2012). Desta forma se reconhece a importância do estímulo e condições para a prática de atividade física com fins de manter benefícios mentais e físicos, além de apresentar efeitos positivos sobre a prevenção de diabetes, adiposidade, redução de mortalidade e de doenças cardiovasculares (MORGADO et al, 2013).

## 2.2 ATIVIDADE FÍSICA E A DEFICIÊNCIA VISUAL

A prática de atividade física pode ser de grande valia para o desenvolvimento do ser humano e estudos apontam os diversos benefícios que podem trazer principalmente no desenvolvimento motor e cognitivo de uma pessoa cega em todas as faixas etárias, melhorando sua qualidade de vida, autonomia e sua imagem corporal (LABRONICI et al, 2000; RECHINELI et al, 2008; PEREIRA et al, 2013).

Contudo, apesar das valias da prática de exercícios físicos, a população com deficiência visual ainda apresenta um grande isolamento social evitando as participações dessas atividades, demonstrando comportamentos mais sedentários, tendo assim prevalência de obesidade e sobrepeso além de níveis prejudicados de aptidão física (SERON et al, 2012). Essa defasagem no acesso às práticas motoras pode advir da falta de acesso aos programas, e se agrava, pois o desenvolvimento de uma criança cega pode apresentar certo atraso a nível cognitivo e psicomotor, pela falta de interação com o ambiente durante a fase de desenvolvimento sensorio-



motor (PEREIRA et al, 2013). Por isso, a estimulação precoce e adequada às necessidades é a melhor possibilidade para reduzir ou até resolver este atraso.

Segundo Aciem e Mazzotta, o desenvolvimento de uma pessoa com deficiência transita por “um enfoque sociocultural, histórico e ecológico, com a preocupação dirigida, a história e a cultura familiar” (2013, p. 262), seja uma deficiência congênita em que ela precisa aprender a se desenvolver e a se superar ou quando adquirida necessita de reabilitação para sua redescoberta de uma vida independente. Em seu estudo, Aciem e Mazzotta(2013) identificam as principais dificuldades de pessoas cegas em manter uma vida autônoma e independente, que são muitas vezes estigmatizadas quando vinculam sua incapacidade visual a uma incapacidade de conduzir sua vida autonomamente. Os resultados desse estudo destacam a necessidade de políticas públicas que garantam ao sujeito o acesso e a permanência nos bancos escolares e academias universitárias, promovendo assim o princípio da igualdade, e auxiliando também no assessoramento e garantia, por meio também das políticas públicas à permanência no trabalho e a locomoção independente com o uso de tecnologias assistivas.

Bittencourt e Hoehne (2006) colocam que essa dificuldade de realizar as tarefas pessoais que complementam a autonomia do sujeito podem ser devastadoras, porque a visão pode prejudicar a integração do sujeito em práticas, sejam elas motoras ou mentais, e a perda da visão pode trazer alterações que diminuam a sua capacidade de adaptação ao meio. Outros pontos que aparecem nos estudos analisados foram os parâmetros de saúde, que se encontram abaixo dos estabelecidos como ideais para a saúde, devido à baixa adesão, quantidade e limitação na atividade física realizada, aumentando a motivação do indivíduo (SERONet al, 2012). Entretanto quando o sujeito vence essa limitação tendo adesão a uma modalidade esportiva, indicadores positivos podem ser elencados, como inibição do medo, relatado quando a pessoa perde a visão ou quando é colocada em uma situação nova, fazendo com que os praticantes consigam se adaptar melhor às situações, promovendo assim sua independência, aumento da concentração, melhora na integração social, gerando uma vida mais ativa e o respeito às regras comunitárias (PEREIRA, et al, 2013).

Assim sendo, a inserção do indivíduo em uma modalidade esportiva pode trazer diversos benefícios, sejam eles motores, sociais ou mentais. E hoje já existem disponíveis diversas práticas adaptadas para esta inclusão, tais como o atletismo,

futebol de cinco, ciclismo, hipismo, judô, natação, remo, bocha e o goalball, modalidade criada especificamente para atletas cegos.

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA E A PRÁTICA ESPORTIVA

O conceito de qualidade de vida (QV) segundo a Organização Mundial da Saúde 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” (The WHOQOL Group apud FLECK, 2000, p. 34). Contudo até mesmo este conceito precisou de muitos especialistas e de diversas áreas, pois hoje não se tem um consenso do entendimento sobre o tema. Este conceito levantado pela OMS compreende as relações com o meio e os aspectos físicos, psicológicos, as relações sociais, o nível de dependência e as crenças sociais, levando em consideração a percepção do sujeito acerca de sua própria qualidade de vida (FLECK, 2000). Minayo et al (2000) conceitua a qualidade de vida como a capacidade do indivíduo em agregar os elementos da sua cultura, sociedade, crenças, valores e expectativas para seu bem-estar e satisfação.

Para entender melhor a amplitude do conceito da qualidade de vida, muitos autores utilizam os domínios, de acordo com o instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS, que propõe seis domínios principais: **físico** - que se refere à concepção do sujeito acerca das sensações físicas tais como as sensoriais e de acuidade visual, **psicológico** – referente à concepção do sujeito sobre o quanto uma doença pode afetar seu estado psicológico, **relações sociais** – referentes à concepção das relações interpessoais, **meio ambiente** – referente à concepção do sujeito sobre as suas relações pessoais e nos ambientes em que vive, **nível de dependência** – referente à concepção do sujeito em relação competência de ir e vir, e **crenças pessoais** – que compreende a concepção do indivíduo acerca da sua vida e serve de apoio para sua tomada de decisões (FERRAZ, 2005).

Existem então diversos fatores que interferem na percepção do sujeito em relação a sua qualidade de vida, sendo a saúde também apontada como uma agravante na piora nessa qualidade quando ela interfere nos demais domínios de sua vida. Entretanto apesar de parecerem ser semelhantes, os conceitos são distintos apesar de sua forte relação. Buss apud Pereira et al (2012) defende que é de extrema importância entender os determinantes da saúde em sua dimensão, por

meio de políticas públicas e mobilização da população, pois são fatores que contribuem para a vida social e a percepção de qualidade de vida da população (PEREIRA et al, 2012). Podendo interferir diretamente em fatores como a depressão, o afastamento social, as incapacidades física e funcional, o desequilíbrio econômico e as dinâmicas familiares (COLPO et al, 2013). Estudos colocam que a atividade física também exerce impacto positivo na percepção de qualidade de vida do sujeito, pois contribui na prevenção de doenças crônicas e em fatores de risco, como menor incidência de doenças cardiovasculares, diminuição da pressão arterial, tolerância à glicose, perfil de lipoproteínas, além da melhor mobilidade e capacidade funcional, proporcionando melhoria da qualidade de vida e no cotidiano dos indivíduos não sedentários (MATSUDO, 2006; COSTA; DUARTE, 2002; COLPO, 2013; PEREIRA et al, 2013).

Vendo a qualidade de vida como conceito amplo de entendimento da percepção da vida, esta se estabelece como ferramenta deste estudo, partindo da relação com a percepção de dor para entender a qualidade de vida de sujeitos com deficiência visual que são atletas de Goalball de uma equipe desportiva.

## 2.4 MODALIDADE DO GOALBALL

### 2.4.1 Conhecendo o goalball

As diversas modalidades esportivas existentes são em sua grande maioria excludentes para pessoas que apresentam alguma dificuldade motora ou cognitiva. Para isso os esportes e modalidades paralímpicas foram criados, com intuito de ofertar a todas as pessoas alguma possibilidade em que possam se encaixar, e assim realizar a prática de atividade física. Uma dessas modalidades é o goalball, esporte criado para pessoas cegas, que descrito pelo próprio manual de regras é colocado como,

[...] uma modalidade esportiva desenvolvida especificamente para pessoas com deficiência visual. É baseado nas percepções auditivas e táteis, como também na orientação espacial. Caracteriza-se como uma atividade dinâmica, interessante e especial. São três jogadores em cada equipe, que lançam a bola, rolando no piso da quadra, para tentar fazer o gol. A outra equipe tenta impedir o gol com os três jogadores deitando-se no piso para realizar a defesa da bola lançada pelo adversário e, assim, a disputa segue em duas etapas; vence o jogo a equipe que conseguir o maior número de gols. O silêncio dos praticantes e espectadores é extremamente importante para o bom andamento da partida. O controle e a aplicação das regras são assegurados por uma equipe de arbitragem, composta por dois árbitros principais, mesários e juizes de linhas (NASCIMENTO; MORATO, 2006, p. 9).

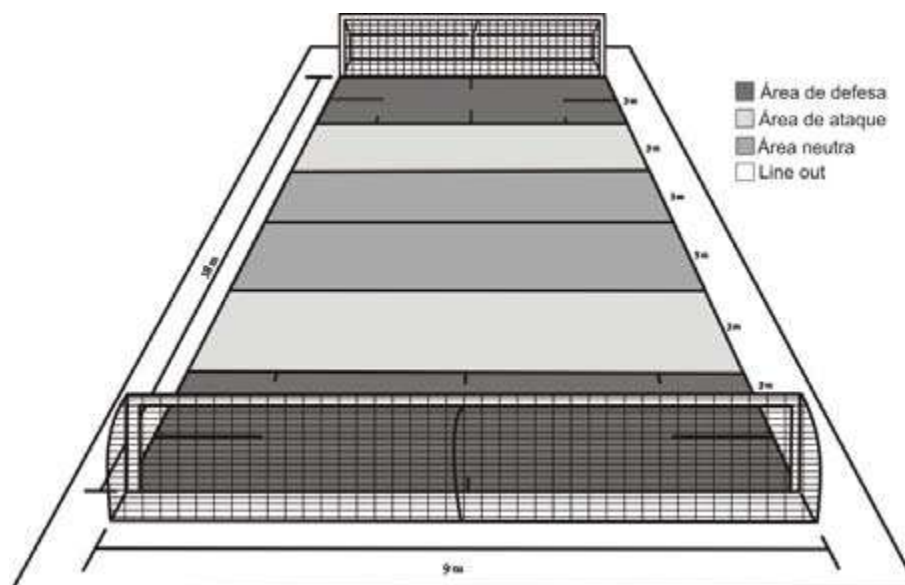
A criação da modalidade surgiu para a reabilitação de veteranos de guerra na Alemanha em 1946, pelo alemão Hanz Lorenzer e pelo austríaco Sett Reindle. Mas sua primeira exibição foi somente em 1972 nos Jogos Paraolímpicos de Heidelberg, na Alemanha, ainda como esporte de participação. Em 1976 foi incorporado ao programa esportivo nos jogos de Toronto (Canadá) apenas no masculino e somente em 1984 para o feminino nos jogos de Nova Iorque (EUA). No Brasil o marco da modalidade foi realização do primeiro Campeonato Brasileiro de Goalball, em Uberlândia, em 1987. Contudo o goalball se difundiu no país e se desenvolveu após a realização do VII Campeonato Mundial em 2002 no Rio de Janeiro, onde os brasileiros tiveram a oportunidade de ter contato direto com os melhores do mundo, proporcionando assim aumento do número de equipes e o desenvolvimento da modalidade por meio da melhor capacitação dos atletas, técnicos e dirigentes (NASCIMENTO; MORATO, 2006, p. 11).

A organização da modalidade acontece pela Federação Internacional de Esportes para Cegos (IBSA), que classifica oftalmologicamente os atletas para legitimar as competições oficiais regidas pela entidade. As classes visuais realizadas pelos médicos oftalmologistas reconhecidas pela IBSA são: B1 – quando o atleta não tem nenhuma percepção luminosa em ambos os olhos e com incapacidade de reconhecer o formato de uma mão em qualquer distância ou direção; B2 – quando o atleta apresenta a capacidade de reconhecer o formato de uma mão à acuidade visual de 2/60 e/ou campo visual inferior a 5 graus; e, B3 – quando a acuidade visual do atleta é de 2/60 e à acuidade visual de 6/60 e/ou campo visual de mais de 5 graus e menos de 20 graus. Desta forma, para que o jogo ocorra em paridade todos

os atletas têm os olhos devidamente bandados e vendados, tornando assim as chances iguais para todos.

A modalidade também apresenta características bastante pertinentes como a composição da bola que se assemelha bastante à bola do basquetebol, mas que pesa 1,250 quilogramas, não possui câmara de ar, tem pequenos orifícios e guizos internos que se potencializam quando a bola toca o solo ou quando é rolada sobre ele. A quadra também é adaptada tendo 18 metros de comprimento por 9 metros de largura em formato retangular e toda a marcação do solo é feita em alto relevo para a percepção tátil. As goleiras ficam nas linhas de fundo ocupando toda a largura da quadra e com 1,30 metros de altura. Cada metade da quadra se divide igualmente em área neutra, área de ataque e área de lançamento. As áreas são delimitadas para que a bola seja rolada no chão, assim sendo perceptível para os atletas da defesa e para que estes não avancem nos atletas de ataque (vide Figura 1). Os árbitros da partida tem a função de fiscalizar os jogadores, mas também de conduzir o jogo, indicando através da fala todas as situações como bola fora, gol ou penalidade.

**Figura 1** – Campo de Goalball



Fonte: AMORIM et al, 2010, p. 225.

O goalball no Brasil já se apresenta em grande desenvolvimento, onde já pode ser estudado em suas capacidades táticas e técnicas como qualquer outra

modalidade e treinado em alto rendimento pelas melhores equipes técnicas e atletas nacionais.

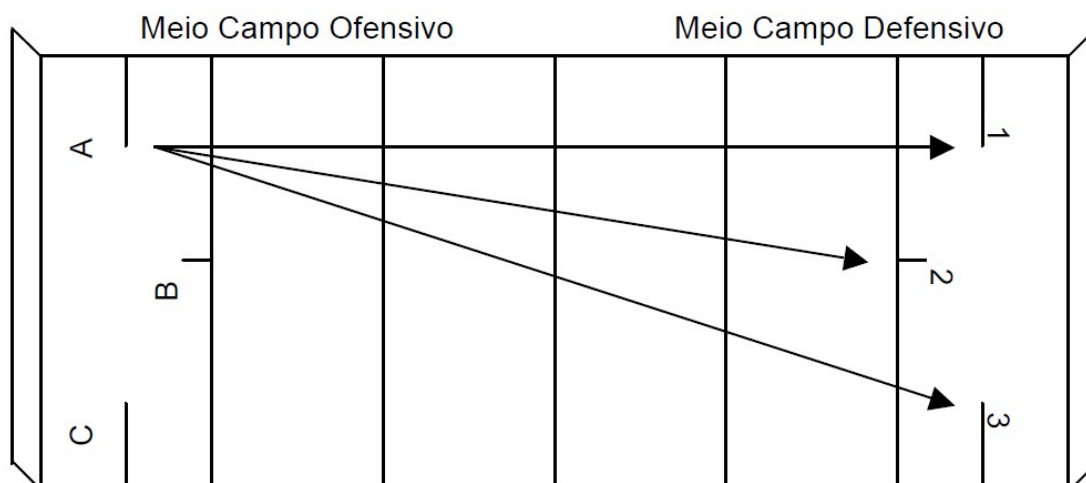
#### **2.4.2 Dinâmica do jogo**

O jogo do goalball foi criado especificamente para pessoas com deficiência visual, a fim de facilitar a prática motora, por isso tem sua dinâmica de jogo específica com regras que apoiam seu sistema de jogo. Os atletas usam vendas nos olhos pareando qualquer vantagem que um possa ter sobre o outro, nas diferentes classificações da deficiência. É um jogo coletivo que conta com três jogadores em quadra (ala direita, central e ala esquerda), e três reservas, que se posicionam normalmente em triângulo para defender a baliza que apresenta toda a largura da quadra (9 metros) com altura de 1 metro e 30 centímetros. Tem a característica de não invasão, onde cada equipe tem sua metade da quadra para realizar as ações de ataque e defesa, e seu objetivo principal é de realizar o maior número de gols na equipe adversária, evitando tomar gols. Os jogadores das equipes têm suas interações atuando com gestos tático-técnicos específicos, tanto na ocupação da quadra utilizando a orientação espacial para saber onde se encontram dentro da quadra, tanto para realizar uma defesa ou um arremesso, como na interação dos jogadores com a bola, que está baseada essencialmente no uso da audição, e por isto a bola possui guizos em seu interior indicando sua localização quando se locomove, e para que o jogo possa acontecer é necessário silêncio absoluto do recinto (AMORIM et al, 2010).

Para realizar as ações de jogo as equipes devem realizar os princípios defensivos e ofensivos, se auto-organizando dentro de quadra, como mostrado na figura 2. Os autores Morato, Gomes e Almeida (2012) em seu estudo sobre os processos auto-organizacionais da modalidade projetam que as equipes cumprem um ciclo de movimentação entre a defesa, quando não tem a posse de bola e se mostra importante “defender o lançamento realizado pelo adversário ou aguardar um erro dele, ao cometer as infrações e penalidades previstas ou ao lançar a bola para fora” (p. 744) retornando assim a posse de bola ou na “dimensão ofensiva [quando] a equipe se organizará para cumprir os princípios de controle da bola, preparando o ataque e efetivação do arremesso. Na dimensão defensiva cumprirá o balanço defensivo, a leitura da trajetória e a interceptação do arremesso” (MORATO;

GOMES; ALMEIDA, 2012, p. 744). Por mais que existam flutuações com os gols, paradas e penalidades, as equipes tendem a assumir o ciclo de jogo acima mencionado.

**Figura 2** – Posicionamento dos jogadores nas zonas do campo



Fonte: AMORIM et al, 2010, p. 226.

Outro fator de importante análise é que o tempo que as equipes têm para realizar as ações, delimitado em regra, entre a defesa com o domínio de bola e o ataque com o lançamento os jogadores de cada equipe tem o tempo máximo de dez segundos, que se não cumpridos sofrem uma penalidade, tornando a modalidade muito dinâmica, com rápida tomada de decisão e rápida ação de resposta pela defesa. Este tempo de reação dos jogadores e a eficácia de suas tomadas de decisão são primordiais para o desenvolvimento na modalidade, por isso os autores Silva et al (2010) buscaram compreender e analisar os mecanismos de controle motor, contribuindo no avanço sobre as ações motoras específicas do goalball. Como resultado verificaram que a média para ambos os sexos está dentro dos padrões, apontando que “a repetição dos movimentos e a prontidão para a ação são fatores que influenciam uma melhor resposta dos sujeitos em relação à tarefa, facilitando uma diminuição no tempo de reação” (SILVA et al, 2010, p. 22), mostrando assim que os atletas treinados podem aperfeiçoar os níveis motores para atuar no alto rendimento da modalidade desportiva.

### 2.4.3 Lesões na modalidade

Com o crescimento dos esportes adaptados, a prática do goalball de alto rendimento e o aumento da procura pela modalidade para recreação ou para a competição, aumentaram também as lesões esportivas específicas do goalball. Com essa incidência, surge a necessidade de estudos científicos para identificar e informar os riscos que o desporto pode infringir aos atletas e para a melhor preparação e planejamento dos treinadores e preparadores físicos de modo a evitar as principais lesões que podem ocorrer.

Silva e Silva (2009), em seu estudo para identificar as lesões esportivas de atletas da modalidade do goalball, chegaram aos resultados preliminares que as lesões por acidente esportivo chegam a 53,85% ao passo que por sobrecarga foram 46,15%. Colocando as dificuldades advindas da modalidade no momento dos jogos e treinamentos, podendo provocar acidentes que podem gerar lesões a prejudicar o desenvolvimento dos atletas.

Segundo Silva et al (2011), após uma pesquisa com atletas cegos de alto rendimento, representantes da seleção brasileira dos anos de 2004 a 2008, no goalball, atletismo, futebol de cinco, natação e judô, o maior número de incidência das lesões ocorreu nos membros inferiores (57,99%), depois nos membros superiores (21,53%), na coluna (17,36%), na cabeça (2,43%) e no tronco (0,69%). Especificamente na modalidade do goalball, Silva e Silva (2009) encontraram que a maior incidência ocorreu nos membros superiores com 48,08%, depois nos membros superiores com 30,77%, seguidos da cabeça com 9,62% e coluna com 11,54%, corroborando parcialmente com o outro estudo, mas ainda assim colocando a maior incidência de lesões esportivas nos membros inferiores. Relacionando com os estudos pode-se inferir que provavelmente as lesões podem advir pela necessidade da posição de defesa, onde o atleta se deita no chão em decúbito lateral, com as mãos erguidas para cima com o intuito de oferecer uma barreira corporal para impedir a bola de ultrapassá-lo e chegar ao gol, projeta seu quadril para o chão, prejudicando os membros inferiores, além de deixarem-se inteiramente vulneráveis às colisões.

Outro grande diagnóstico encontrado por Silva e Silva (2009) foram as contusões com incidência de 25%, os estiramentos com 13,46%, as escoriações com 11,54%, as tendinoses com 9,62% e as contraturas e periostites com 7,69%.



que podem ocorrer por causa das colisões dos atletas com seus colegas ou com objetos no campo, devido a orientação prejudicada por causa da visão, principalmente durante o ataque nas trocas de bola com seus companheiros ou na busca de posicionamento na quadra para o lançamento da bola, ou até mesmo durante a defesa quando eles podem se colidir na intensão de proteger o gol.

Grande parte dos atletas destes estudos mencionados, relatou que tiveram lesões decorrentes da prática desportiva adaptada. Desta forma se vê a necessidade de mais atenção à preparação dos atletas para evitar as lesões e o aumento nas capacidades físicas dos indivíduos para melhor resposta durante a recuperação de lesões.

## 3 MÉTODOS

### 3.1 PARTICIPANTES

A pesquisa desenvolvida foi do tipo descritiva, com delineamento transversal. Foram entrevistados 12 atletas do gênero masculino provenientes da equipe completa de goalball da ACESA – Associação Catarinense de Esportes Adaptados em parceria com a UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina, localizado na cidade de Florianópolis que participa de competições no cenário estadual e nacional. Os participantes do projeto de extensão da UFSC foram selecionados por terem no mínimo três meses de prática na modalidade. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

### 3.2 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi realizada durante os treinos de goalball da equipe, conforme solicitação do técnico da equipe, que liberou os atletas mediante seu consentimento, conforme acabavam os exercícios propostos. Para a realização dos instrumentos os atletas foram esclarecidos do objetivo da pesquisa e convidados a conversar com a pesquisadora em um local separado para que a conversa ocorresse de forma fidedigna. Para cada atleta foram lidos todos os questionários e termos, sempre utilizando a conversa para facilitar a compreensão das perguntas e também para criar vínculo para que as respostas fossem sinceras, e as repostas eram auto referidas pelos próprios atletas e anotadas pela pesquisadora. Como a equipe é subdividida em duas: equipe principal e equipe de base, os horários de treinamento são diferentes, possibilitando o acesso a todos os atletas no mesmo dia.

### 3.3 INSTRUMENTOS

Os atletas responderam inicialmente a uma anamnese (APÊNDICE A), com informações sobre sexo, idade, tempo de prática esportiva, classificação funcional, tempo e gravidade da deficiência visual e incidência de lesão nos últimos 12 meses. Foram autorelatadas a estatura e massa corporal para determinar o Índice de Massa Corporal (IMC), através da equação massa em Kg/estatura em m<sup>2</sup>, adotando os

pontos de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS): baixo peso (IMC < 18,5); eutrofia (IMC 18,5-24,99); sobrepeso (IMC 25-29,99) e obesidade (IMC ≥ 30,00).

Em seguida os atletas responderam ao instrumento sobre qualidade de vida NEI-VFQ – 25 (ANEXO B), com 25 questões, criado especificamente para avaliar o impacto da perda visual na qualidade de vida. Segundo Mello et al (2008), esse questionário foi desenvolvido pelo National Eye Institute (NEI) para avaliar a incapacidade visual e determinar o grau de dificuldade para tarefas do dia-a-dia, divididas em 3 grupos: saúde geral e visão, dificuldades com atividades diárias, e reações ao problema de visão. O questionário tem validade e confiabilidade comprovada (MELLO et al, 2008). Essas questões são divididas em 12 subdomínios (quadro 1), sendo eles: “saúde geral, visão geral, dor ocular, atividades para perto, atividades para longe, aspectos sociais, saúde mental, atividades da vida diária, dependência, capacidade para dirigir, visão de cores e visão periférica” (PINHEIRO et al, 2010, p. 379). Para a análise dos dados, segundo Mangione (2000), as questões 1 a 16 recebem a pontuação de 100 a 0 (100, 75, 50, 25, 0 pontos de acordo com a resposta) e as questões 17 a 25 valendo o inverso dos pontos, de 0 a 100 (0, 25, 50, 75 e 100), sendo que as questões com seis opções, sendo escolhida a sexta alternativa, a questão não deve ser computada no escore total. Assim sendo quanto maior o valor alcançado nas respostas do questionário, melhor a percepção de qualidade de vida e função visual do sujeito (FERRAZ, 2005).

**Quadro 1** – Subdomínios do questionário VFQ-25

<b>SUBDOMÍNIO</b>	<b>QUESTÕES</b>
Saúde geral	1
Visão	2
Dor ocular	4, 19
Atividades para perto	5, 6, 7
Atividades para longe	8, 9, 14
Aspectos sociais	11, 13
Saúde mental	3, 21, 22, 25
Atividades da vida diária	17, 18
Dependência	20, 23, 24
Capacidade para dirigir	15c, 16
Visão de cores	12
Visão periférica	10

Fonte: FERRAZ, 2005, p. 31.

Todos os instrumentos, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram lidos em voz alta pela pesquisadora para serem respondidos pelos atletas com deficiência visual. Além disso, foram disponibilizados em versão eletrônica para que todos possam acessá-los livremente.

### 3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram tratados inicialmente por meio de estatística descritiva, com valores médios e de variabilidade. Inicialmente foi aplicado o teste de normalidade Shapiro-Wilk. Para a comparação percepção da qualidade de vida e subdomínio da qualidade de vida por incidência de lesão, grupos etários e severidade da visão foi utilizado teste t-student para amostras independentes. A fim de se verificar a possível associação existente entre a qualidade de vida percebida, subdomínios da qualidade de vida e IMC foi utilizado teste de correlação de Pearson. Em todos os casos foi adotado o nível de significância  $p \leq 0,05$ . As análises foram realizadas no programa SPSS 22.0.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

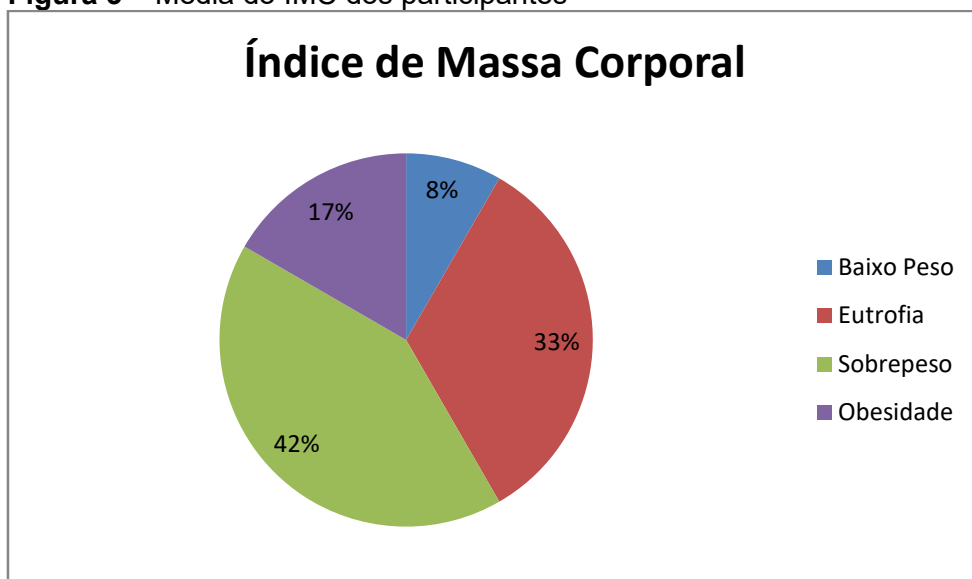
Os 12 participantes avaliados apresentados no quadro 2, tem idade média de 32 anos, que é pouco acima da média de 27 anos de idade dos atletas brasileiros da equipe de goalball convocados para o Campeonato das Américas em 2017, de acordo com o site da Confederação Brasileira de Desportos de Deficiência Visual. Esta idade pode ser alta em relação a média geral de idade dos atletas dos últimos jogos olímpicos, que foi de 26,11 anos, sendo que a média da delegação brasileira nos mesmos jogos foi de 25,75 anos, dados retirados da Folha de São Paulo. Contudo relacionando as dificuldades de desenvolvimento que uma pessoa com deficiência visual pode enfrentar, sua baixa adesão às práticas esportivas e o desenvolvimento ao longo dos anos das doenças levando às pessoas à cegueira ou baixa visão, podemos compreender melhor essa idade mais avançada dos participantes nesta modalidade.

**Quadro 2 – Média das características da população**

<b>Média das características da população</b>			
<b>Característica</b>	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Estatura (m)	1,73	1,62	1,86
Massa corporal (kg)	76	52	115
IMC	25	16	36
Idade (anos)	32	16	51
Tempo da deficiência (anos)	16	6	33
Tempo de prática desportiva (anos)	20	1	45
Tempo de prática do goalball (anos)	6,2	1	14
Prática de goalball/semana (horas)	5,1	1	8
Prática outra modalidade/semana (horas)	4,3	0	10

A classificação oftalmológica foi de que 58,3% participantes B2 e 41,6% B1. Desta forma pode-se avaliar que a maioria dos atletas está nas classes mais comprometidas. Não sendo observados atletas na classificação de B3, condição para a participação da modalidade desportiva.

**Figura 3 – Média do IMC dos participantes**

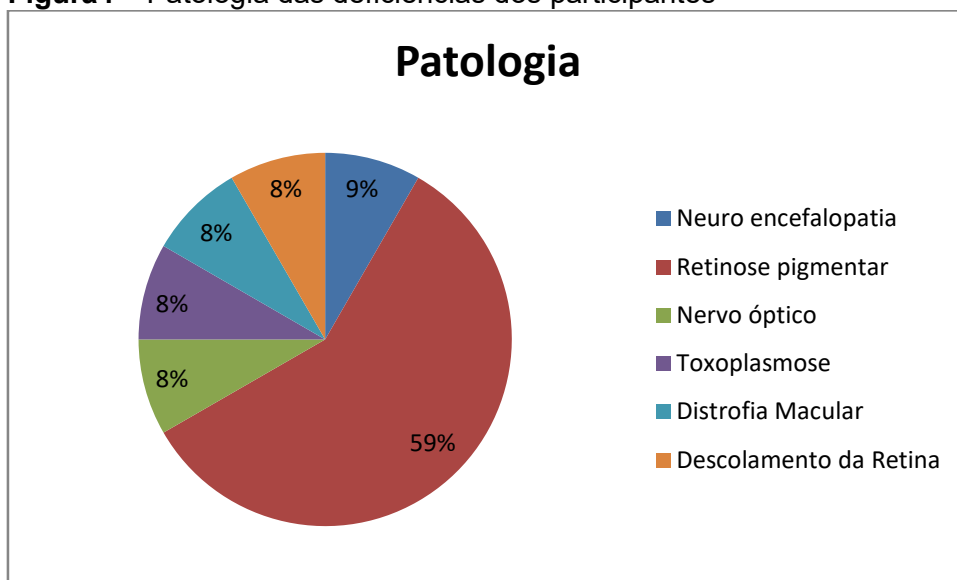


Conforme a figura 3, na anamnese por meio das medidas de massa corporal e altura dos atletas, pôde-se verificar que 42% está com sobrepeso, sendo que 17% apresenta obesidade. Pereira (2013) coloca que a baixa imagem corporal aliada ao pouco conhecimento das práticas desportivas para cegos, pode levar a uma defasagem no desenvolvimento motor do indivíduo. E os altos dados de sobrepeso e obesidade dos participantes podem advir desta dificuldade encontrada para exercer estas práticas, por meio da locomoção na cidade, falta de oferta de esportes adaptados, dentre outros. Esta condição de saúde contribui muito para o aparecimento de co-morbidades, em decorrência do alto peso corporal, da alimentação inadequada e da resistência insulínica (REPETTO et al, 2003).

O tempo médio de deficiência é de 16 anos, sendo a média de anos de prática esportiva de 20 anos. Isto mostra que muitos já praticavam atividade física antes da deficiência e provavelmente seja esta a razão de ainda a praticarem, vendo sua importância para seu desenvolvimento e sua saúde e possivelmente interferindo em sua percepção de qualidade de vida. Especificamente da modalidade do goalball, o tempo médio de prática é de 6,2 anos, sendo que 66% praticava outra modalidade esportiva além do goalball, como a bocha, pilates, jiu-jitsu, futebol de cinco, atletismo, remo, surf, academia e judô. Somente um dos participantes não realiza qualquer atividade além do goalball. Os atletas praticam a média de 5,1 horas da modalidade por semana, enquanto praticam outras modalidades na média de 4,3 horas por semana.

A maioria dos sujeitos nasceu com alguma doença que levou a cegueira, por isso a média de tempo da deficiência beira a idade dos sujeitos, exceto um único participante que adquiriu a deficiência ao longo da vida, por meio de um tumor que afetou seu nervo óptico.

**Figura4** – Patologia das deficiências dos participantes

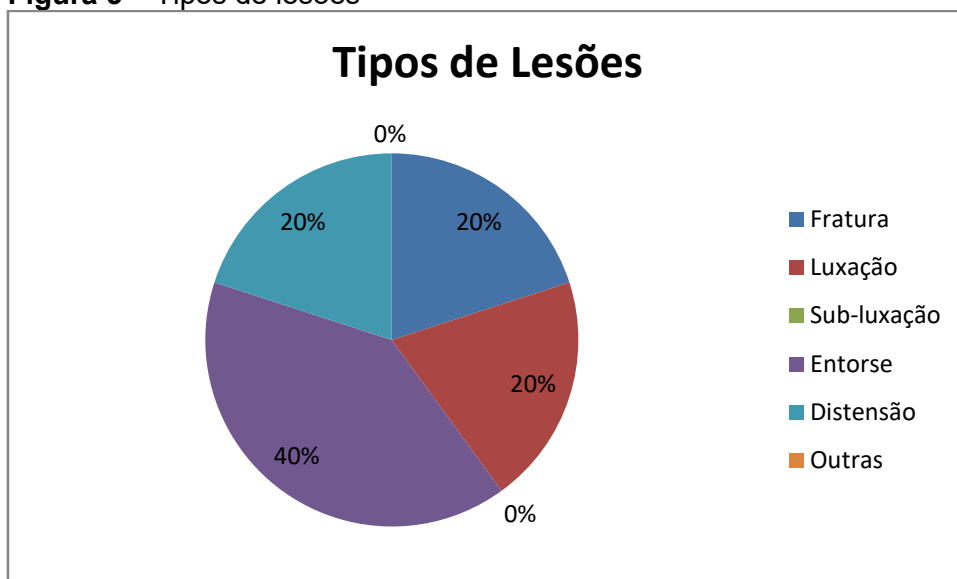


Dessas doenças causadoras da cegueira, conforme a figura 4, a com maior prevalência foi a retinose pigmentar, que se refere a um grupo de doenças hereditárias, provocando a degeneração da retina, no fundo do olho, responsável por reter as imagens, apresentando declínio gradual na visão, por atrofia da função das células fotorreceptoras (TAYAH et al, 2004).

#### 4.2 INCIDÊNCIA DE LESÕES

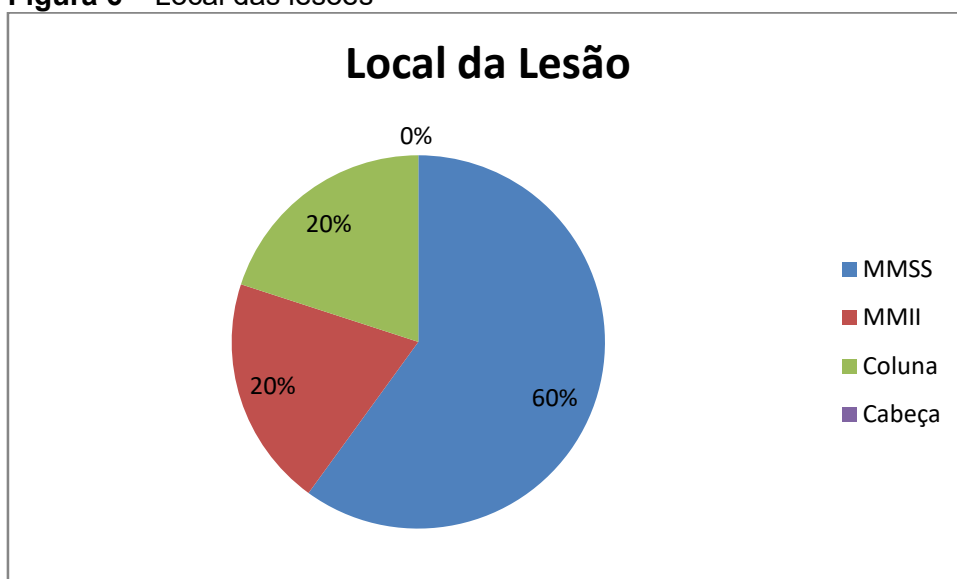
Em relação às lesões esportivas, 41% dos atletas manifestaram alguma lesão no decorrer do último ano da modalidade. Destas lesões, 40% foram entorses, 20% luxações, fraturas ou distensões (figura 5).

**Figura 5 – Tipos de lesões**



Das lesões mencionadas, as regiões que apareceram na anamnese foram: dedos das mãos (40%), cotovelo (20%), joelhos(20%) e coluna (20%), sendo que em 60% dos atletas as lesões não se repetiram. Esta alta incidência de lesão nos dedos das mãos pode ocorrer devido às colisões durante o jogo, seja com a bola, a baliza ou muitas vezes com os outros jogadores no momento em que realizam a defesa, pois os dedos das mãos tendem a ficar vulneráveis e acabam se encontrando com os pés dos companheiros de equipe.

**Figura 6 – Local das lesões**



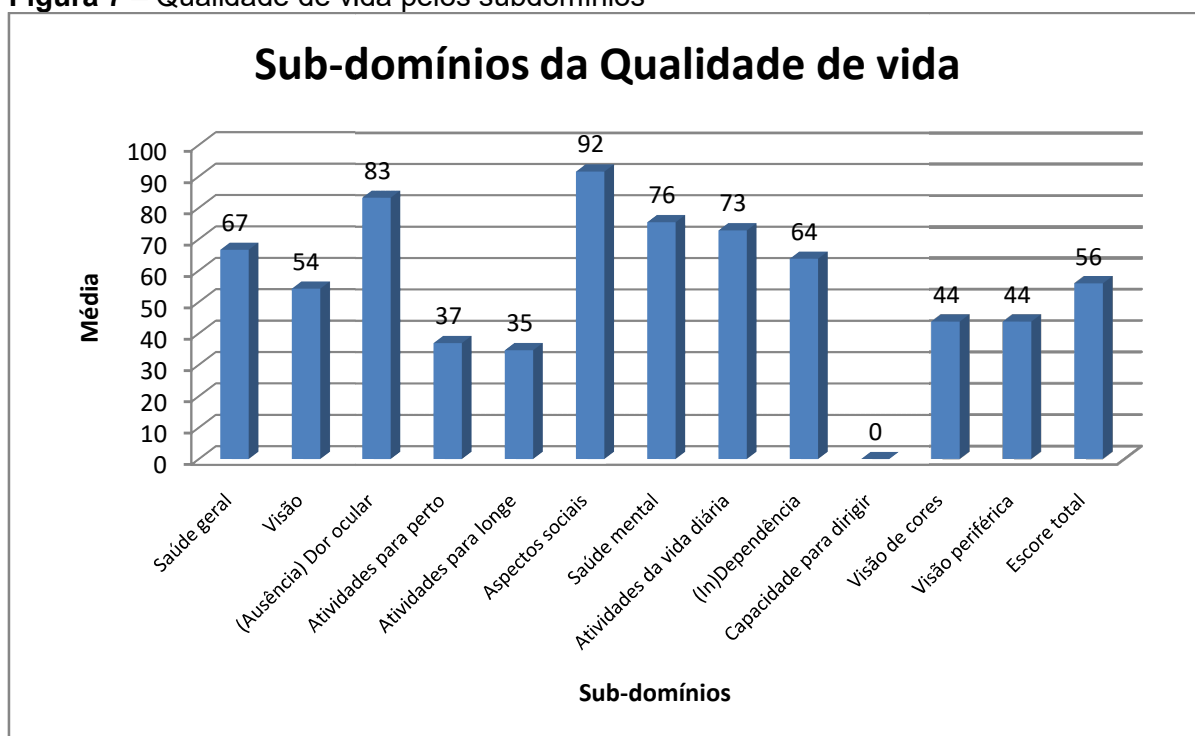


Se unirmos as partes do corpo lesionadas em membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII), coluna e cabeça, conforme figura 6, pode-se perceber a grande incidência de lesões nos membros superiores. Em relação à região do corpo lesionada Silva e Silva (2009) em sua pesquisa colocam a prevalência de 30,77% em membros superiores, 48,08% membros inferiores, 9,62% na cabeça e 11,54% na coluna, entretanto nesta pesquisa a prevalência foi maior nos membros superiores com 60%, coluna e membros inferiores com 20% cada e nenhuma incidência na cabeça. Provavelmente a diferença pode advir da diferença no volume dos treinos, pois a pesquisa de Silva e Silva (2009) foi realizada com as equipes masculina e feminina de goalball que estava em treinamento para os Jogos Panamericanos da IBSA, sendo assim com atletas do mais alto rendimento nacional e na equipe deste estudo os participantes são mesclados em novos e veteranos, tendo diferença no volume e tempo de treinamento na modalidade. Em função das lesões, os atletas ficaram em média 47 dias parados para a recuperação, e apenas 25% foram graves a ponto de tirar os atletas de alguma competição.

#### 4.3 PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Em relação à percepção dos participantes sobre sua qualidade de vida, no que se refere ao questionário VQF-25 de qualidade de vida para pessoas com deficiência visual, o escore médio total das questões foi de 56 pontos de 100 possíveis. No estudo de Ferraz (2005) na utilização do mesmo instrumento de pesquisa com portadores de glaucoma a média do escore foi de 79,5 de 100, contudo não pode ser utilizado como parâmetro, pois os participantes desta pesquisa tinham maior acuidade visual, aumentando os valores do questionário de maneira significativa.

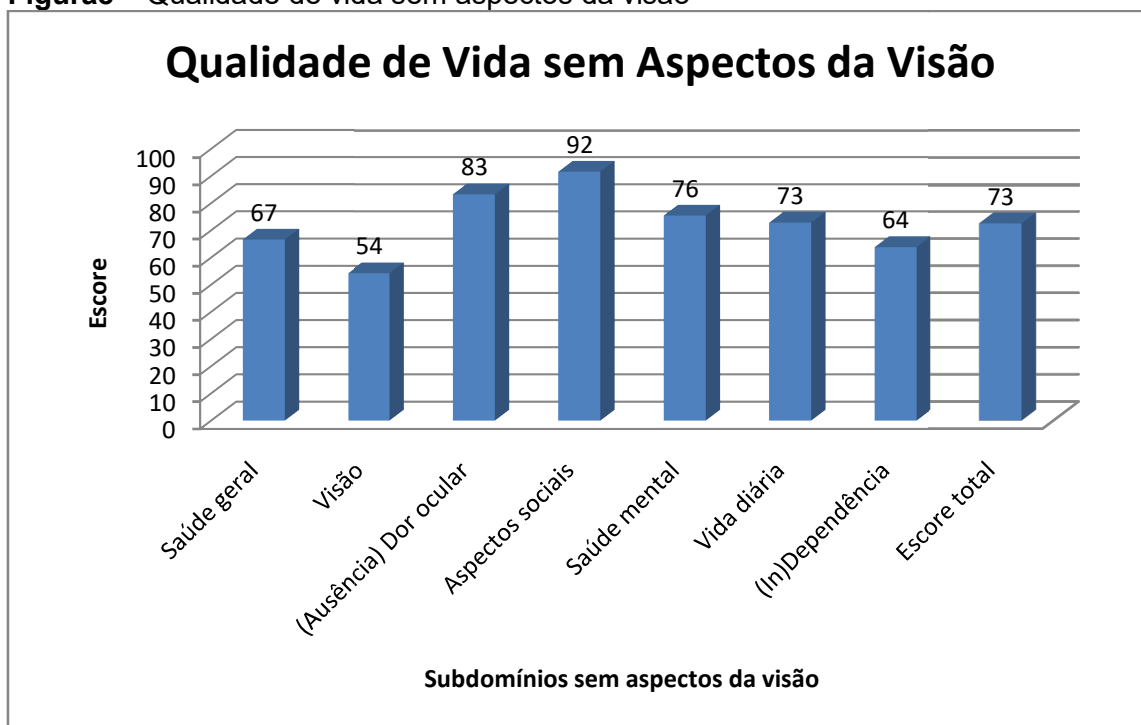
**Figura 7 – Qualidade de vida pelos subdomínios**



Para entender melhor os resultados, o escore foi dividido nos subdomínios de Mangione (2000), com as questões agrupadas em 12 grandes grupos característicos, demonstrado na figura 7.

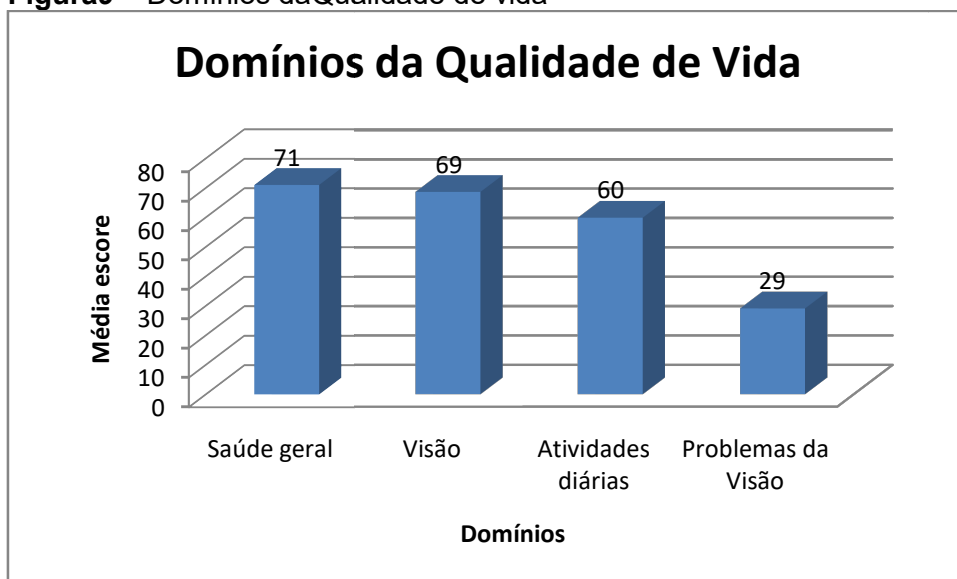
Retirando aspectos como: atividades para perto, atividades para longe, capacidade para dirigir, visão de cores e visão periférica que claramente teriam pontuações baixas para uma pessoa que tem classificação B1 ou B2, o escore de qualidade de vida deste estudo passaria para 73 de 100 (figura 8), aumentando significativamente e mostrando que a percepção de qualidade de vida dos sujeitos acerca de sua saúde geral, aspectos sociais, saúde mental, vida diária e (in) dependência é relativamente alta. Foi observado também um alto escore no subdomínio de ausência de dor ocular, que apenas coloca que os atletas não têm incômodos nos olhos, como coceira ou ardência.

**Figura8** – Qualidade de vida sem aspectos da visão



Importante ressaltar o alto escore gerado no subdomínio de aspecto social demonstrando a grande correlação que os participantes têm de sua qualidade de vida em relação às suas relações sociais. A promoção da prática de atividade física tende a melhorar os aspectos sociais do indivíduo, pois contribui com a socialização, auxiliando a comunicação, realização pessoal, sua autoimagem, autonomia e torna relativas suas limitações, pois tende a valorizar suas capacidades físicas (PEREIRA, 2013). Outros autores também levantam os benefícios psicológicos, sociais, físicos e fisiológicos que a pessoa com deficiência pode adquirir pela prática esportiva (BODAS; LÁZARO; FERNANDES, 2007; MARQUES; CASTRO; SILVA, 2001). Inclusive Pereira (2013) salienta que para pessoas com deficiência, o esporte de alto rendimento facilita a quebra de problemáticas sociais, pois gera inclusão na sociedade por meio de ações para melhora da qualidade de vida, superação e solidariedade.

**Figura9** – Domínios da Qualidade de vida



A fim de visualizar melhor a relação desses valores, unindo os 12 subdomínios como se pode visualizar na figura9, podem-se entender os domínios agrupando os subdomínios da seguinte forma: saúde geral (saúde geral e saúde mental), aspectos da visão (visão e dor ocular), atividades diárias (atividades para perto, atividades para longe, aspectos sociais, atividades da vida diária e dependência) e problemas da visão (capacidade de dirigir, visão de cores e visão periférica), percebendo-se o destaque na percepção da saúde geral como componente importante na relação com a qualidade de vida. Desta forma, os dados revelam em quais áreas os atletas demonstram melhor percepção de qualidade de vida, e evidenciando o problema da visão que já era esperado.

Segundo Vagetti et al (2013) a percepção de saúde do indivíduo pode estar aliada ao conjunto de condições de determinantes sociais de saúde que resumem questões sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais. E sua relação com a qualidade de vida pode estar ligada a uma visão global de saúde do sujeito. Esta percepção de saúde precisa de especial atenção, pois pode ser um grande indicador relacionado ao declínio da autonomia que tende a aumentar o nível de mortalidade.

Ao comparar o escore da percepção de qualidade de vida e seus subdomínios por incidência de lesão ou severidade da visão, não foram encontradas diferenças significativas no escore total da QV entre aqueles que tem baixo visão e cegueira ou entre os indivíduos que apresentaram e não apresentaram lesão no último ano.

Conquanto é imprescindível ressaltar que 41% dos participantes apresentaram alguma lesão nos últimos doze meses, sendo um valor considerável. É provável que a relação com a percepção de qualidade de vida não foi apontada devido à relação que os atletas têm com estas lesões. Muito provavelmente são pequenas lesões advindas do dia a dia de treinamentos e competições e não são percebidas como prejudiciais à sua percepção de qualidade de vida.

Correlacionando a percepção de qualidade de vida com os subdomínios da QV por meio de testes específicos, realizando associações dos resultados, foram encontradas informações revelantes. As informações relativas aos coeficientes de correlação entre as variáveis encontram-se sintetizadas no quadro 3.

**Quadro 3 – Correlação significativa com média de Qualidade de Vida**

<b>CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA - QV Total</b>	
Visão Periférica	Coeficiente de correlação 0,754 Significância 0,005
(Ausência) Dor Ocular	Coeficiente de correlação 0,730 Significância 0,007
Atividades para Perto	Coeficiente de correlação 0,618 Significância 0,032
Atividades para Longe	Coeficiente de correlação 0,683 Significância 0,014

Em relação ao quadro 3, da média da percepção de qualidade de vida total dos sujeitos mostrou correlação significativa com a visão periférica, atividades para perto e para longe e a (ausência) dor ocular, todos os resultados com correlação forte ou moderada evidenciando que a qualidade na acuidade da visão favorece na percepção de qualidade de vida dos indivíduos, corroborando a relação da saúde e bem estar com a percepção de QV dos sujeitos. Vieira et al (2015) relacionam a qualidade de vida intimamente com o estágio de dano da função visual do indivíduo, a independência para realizar algumas tarefas de trabalho e domésticas, o impacto da doença no psicológico do sujeito e a falta de crença na utilidade e eficiência na sociedade.

**Quadro 4 –Correlação significativa com média de QV sem Aspectos da Visão**

<b>CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA - QV Sem Visão</b>	
(In) Dependência	Coeficiente de correlação 0,775 Significância 0,003
Atividades Vida Diária	Coeficiente de correlação 0,603 Significância 0,038
Saúde Mental	Coeficiente de correlação 0,881 Significância 0,000
(Ausência) Dor Ocular	Coeficiente de correlação 0,713 Significância 0,009

Também foi observada no quadro 4 a relação que os sujeitos têm com sua percepção de qualidade de vida sem os aspectos da falta de visão. O nível de (in)dependência dos sujeitos, a qualidade na saúde mental, a (ausência) dor ocular como correlações fortes o quanto a dor interfere nas atividades de vida diária como moderada. Este fato pode indicar que o sujeito pensa em sua própria qualidade de vida, sem levar em consideração os danos da visão, associando-a fortemente com sua independência, saúde mental e ausência de dor nos olhos. Matsudo (2006) em sua pesquisa sobre a atividade física na promoção da qualidade de vida propõe que a perda da mobilidade e conseqüentemente da independência diminuem a expectativa de vida, assim como os sujeitos que precisavam de ajuda nas atividades de vida diárias aumentaram em quatro a seis vezes a probabilidade de internação e hospitalização, diminuindo assim a sua qualidade de vida.

**Quadro 5 –Correlação significativa com médias de resultados gerais**

<b>CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA</b>				
		Saúde Geral	Asp. Sociais	Saúde Mental
IMC	Coeficiente de correlação	-0,628		
	Significância	0,029		
Atividades para Longe	Coeficiente de correlação		0,637	
	Significância		0,026	
(In) Dependência	Coeficiente de correlação		0,663	
	Significância		0,019	
At Vida Diária	Coeficiente de correlação			0,586
	Significância			0,045

Foi observada também no gráfico 5, a relação entre a percepção de saúde geral inversamente proporcional, com força de relação moderada, em indivíduos com IMC alto, significando que sujeitos com IMC baixos ou regulares percebem melhor sua saúde geral. A melhor percepção dos aspectos sociais dos sujeitos

apresentou correlação com as atividades para longe e com o melhor nível de independência. Em relação à melhor percepção de saúde mental foi encontrada com os sujeitos que percebem melhor sua percepção de dor em relação às atividades de vida diárias. Podem-se entender assim todas as correlações encontradas foram moderadas e que a percepção de saúde geral está aliada a valores baixos de IMC e as melhores condições de atividades de vida diária e que os aspectos sociais estão intimamente relacionados com a facilidade de realizar atividades para longe e com a independência, pois os sujeitos tem maior autonomia para se relacionar com o meio. Conforme Tavares et al (2010) os altos níveis de IMC e sua associação com comorbidades influenciam diretamente na pior percepção de qualidade de vida pois atuam depreciando o bem estar físico, psicossocial e emocional do indivíduo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi verificar a percepção de qualidade de vida de atletas com deficiência visual da equipe masculina de goalball de Florianópolis/SC. Os 12 atletas apresentaram escore médio de qualidade de vida de 56, sendo que os aspectos com menor escore relacionaram-se a aspectos específicos da capacidade da visão e o maior escore foi encontrado nos aspectos sócias (escore: 92).

Foi encontrada uma considerável incidência de lesão no último ano (41%) sendo que a parte do corpo mais atingida foram as mãos. Dessa forma, alerta-se para uma reflexão do processo de treinamento para orientações e cuidados que evitem o choque e o trauma nestes atletas. Embora tenha se observado uma considerável incidência de lesão, esta não interferiu na percepção de qualidade de vida dos atletas, assim como a severidade da lesão.

Observou-se que grande parte dos sujeitos está com sobrepeso e essa variável apresentou correlação negativa com a percepção de saúde geral. Desta forma, este resultado demonstra a importância da manutenção de um peso adequado já que este é um fator de risco para a saúde e obteve relação significativa como o sujeito percebeu sua saúde geral.

Pode-se verificar então que diversos fatores podem influenciar na percepção de qualidade de vida de sujeitos com deficiência visual, como fatores de aspectos sociais, dados de IMC, saúde geral e mental, independência e a possibilidade de realização de atividades da vida diária com destreza podem interferir diretamente na qualidade de vida e por isto devem ser levados em consideração na formação e vida do sujeito.

Neste contexto percebe-se a necessidade da continuidade de estudos na área, ampliando a população para entender melhor a relação da percepção da qualidade de vida, e seus aspectos.

Em suma, pôde-se observar que os atletas com deficiência visual que praticam goalball percebem de maneira positiva sua qualidade de vida quando considera-se aspectos da vida diária, independência, saúde geral e mental e especialmente os aspectos sociais. Portanto, incentiva-se a prática de esporte para pessoas com deficiência visual já que esta pode estar relacionada com a autonomia e participação e interação destes na sociedade.



## REFERÊNCIAS

- ACIEM, T. M.; MAZZOTTA, M. J. S. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 72, n. 4, p. 261-7, 2013.
- ALMEIDA, J. J. G.; OLIVEIRA FILHO, C. W.; MORATO, M. P.; MUNSTER, M. A. V.; MATSUI, R. **Goalball: invertendo o jogo da inclusão**. 1. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.
- AMORIM, M.; CORREDEIRA, R.; SAMPAIO, E.; BASTOS, T.; BOTELHO, M.; Goalball: uma modalidade desportiva de competição. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 10, n. 1, p. 221–229, 2010.
- BITTENCOURT, Z.L.; HOEHNE, E.L. Qualidade de vida de deficientes visuais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.2, p. 260-4, 2006.
- BODAS, A., LÁZARO, J., & FERNANDES, H. Perfil psicológico de prestação dos atletas paraolímpicos Atenas 2007. **Motricidade**, v. 3, n. 3, p. 33-43, 2007.
- ÇOLAK, T.; BAMAÇ, B.; AYDIN, M.; OZBEK, A. Physical fitness levels of blind and visually impaired goalball team players. **Isokinetics and Exercise Science**, v.12, 2004.
- COLPO, I. M. S. DARONCO, L. S. E. BALSAN, L. A. G. Avaliação postural, dor e aptidão física de praticantes de hidroginástica. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 35-8, jan-mar, 2013.
- COSTA, A. M. DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. Brasília, v. 10, n. 1, p. 47-54, janeiro, 2002.
- FERRAZ, E. V. **Adaptação de questionário de avaliação da qualidade de vida e percepção relativa à doença, aplicado a indivíduos portadores de catarata senil**. 2005, p. 69. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2005.
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- IBSA, International Blind Sports Federereration. **IBSA Goalball Releases August 2015 Word Rankings**. Disponível em: [www.ibsasport.org](http://www.ibsasport.org), Acesso em: 26 maio 2017.
- LABRONICI, R. H., CUNHA, M. C., OLIVEIRA, A. S., & GABBAI A. A. Esporte como fator de Integração do deficiente físico na sociedade. **Revista Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 2, p. 46-55, 2000.

MANGIONE, C. M. The National Eye Institute 25-Item Visual Function Questionnaire (VFQ-25). **NEI VFQ-25 Scoring Algorithm** – August 2000.

MARQUES, U., CASTRO, J. A. M. ,& SILVA, M. A. Atividade física adaptada: Uma visão crítica. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 1, n. 1, p. 73-79, 2001.

MASAKI, I. Reduced health-related quality of life among Japanese college students with visual impairment. **BioPsychoSocial Medicine**, v.9, n.18, 2015.

MATSUDO, S. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 135-37, set, 2006.

MELLO, P.; ROMA, A.; MORALES JUNIOR, H. Análise da qualidade de vida de portadores de uveítes de causas infecciosas e não infecciosas pelo questionário NEI-VFQ-25. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v.71, n.6, p. 847-854, 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000.

MORATO, M. P.; GOMES, M. S. P.; ALMEIDA, J. J. G. Os processos auto-organizacionais do goalball. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 3, p. 741-760, jul/set, 2012.

MORGADO, F. F. R.; CAMPANA, A. N. N. B.; MORGADO, J. J. M.; FORTES, L. S.; TAVARES, M. C. G. C. F. Facilitadores e Barreiras Percebidos por Pessoas com Cegueira Congênita para a Prática de Atividade Física. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 19, n. 3, p. 379-394, Jul-Set, 2013.

NASCIMENTO, D.; CAMARGO, W. Sequenciando fundamentos táticos do Goalball para professores-técnicos de Educação Física Adaptada: Os sistemas de defesa. **Cadernos de Formação RBCE**, p. 79-95, setembro, 2012.

NASCIMENTO, D.; MORATO, M. Goalball: manual de orientação para professores de educação física. **Comitê Paraolímpico Brasileiro**, Brasília, 2006.

OMS, **Relatório mundial sobre a deficiência / World report on disability**. The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, p. 334, , 2012.

OMS, **Situação mundial da visão Visão 2020: o direito de ver**. 1999. Disponível na Internet através do site: <http://www.iapb.org/vision-2020>. Acessado em 28/03/2017.

PEREIRA, R.; OSBORNE, R.; PEREIRA, A.; CABRAL, S. I. A importância do desporto de alto rendimento na inclusão social dos cegos: Um estudo centrado no Instituto Benjamin Constant - Brasil. **Revista Motricidade**, v. 9, n. 2, p. 95-106, 2013.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S. SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p. 241-50, abr/jun, 2012.

PIMENTA, C.; TEIXEIRA, M. Questionário de dor de McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 1997.

PINHEIRO, D. P.; ROSA, M. L. G.; VELARDE, L. G. C.; LOMELINO, J. P.; KNOPP, P. E. R.; VENTURA, M. P. Qualidade de vida em portadores de glaucoma: comparação entre pacientes do sistema público de saúde e clínica privada. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 378-82, 2010.

RECHINELI, A., PORTO, E. T. R., & MOREIRA, W. W. Corpos deficientes, eficientes e diferentes: Uma visão a partir da Educação Física. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 14, n. 2, p.45-59, 2008.

REPETTO, G.; RIZZOLLI, J.; BONATTO, C.. Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, There, and Everywhere. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** [online], v.47, n. 6, p.633-635, 2003.

SERON, B. B.; INTERDONATO, G. C.; LUIZ JUNIOR, C. C.; GREGUOL, M. Prática de atividade física habitual entre adolescentes com deficiência visual. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p. 231-39, abr/jun, 2012.

SILVA, M. P. M.; DUARTE, E.; SILVA, A. A. C.; SILVA, H. G. P. V.; VITAL, R. Aspectos das lesões esportivas em atletas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.17, n.5, p. 319-323, 2011.

SILVA, M.; SILVA, H. Lesões esportivas nos atletas de goalball no período de treinamento e nos jogos Panamericanos da IBSA 2009. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, n. especial, p. 21, nov, 2009.

SILVA, G. P.; PEREIRA, V. R.; GORLA, J. I. Tempo de reação e a eficiência do jogador de goalball na interceptação/defesa do lançamento/ataque. **Revista Motricidade**, v. 6, n. 4, p. 13-22, 2010.

TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359-366, 2010.

TAYAH, D. ANGELUCCI, R. SAMPAIO, P. REHDER, J. R. C. L. Retinose pigmentar. **Arquivo Medicina ABC**, v. 29, n. 2, Jul/Dez, 2004.

VAGETTI, G. C.; MOREIRA, N. B.; BARBOSA FILHO, V. C.; OLIVEIRA, V.; CANCIAN, C. F.; MAZZARDO, O.; CAMPOS, W. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, 2013.

VIEIRA, A.A.P. GUEDES, R.A.P. VIEIRA, R.C.P.A GUEDES, V.M.P. Percepção do paciente portador de glaucoma e os diferentes tipos de tratamento (clínico versus cirúrgico). **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 74, n. 4, p. 235-40, 2015.

## APÊNDICE A – ANAMNESE RELACIONADA A ASPECTOS PESSOAIS, SOBRE A PRÁTICA ESPORTIVA E LESÕES

- a) Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino
- b) Data de nascimento:
- c) Classificação oftalmológica?
- d) Tempo da deficiência?
- e) Patologia?
- f) Quando começou a praticar esportes?
- g) Quanto tempo pratica o goalball?
- h) Além do goalball, pratica outra modalidade esportiva?
- i) Quantos dias e horas por semana pratica o goalball?
- j) Quantos dias e horas por semana pratica outra modalidade esportiva?
- k) Nos últimos doze meses, você apresentou alguma lesão? ( ) Sim ( ) Não
- l) Se sim qual tipo?
  - 1.( ) Fratura
  - 2.( ) Luxação
  - 3.( ) Sub – Luxação
  - 4.( ) Entorse
  - 5.( ) Distensão
  - 6.( ) Outras
- m) Em qual região do corpo ocorreu a lesão?
- n) Estas lesões se repetiram? ( ) Sim ( ) Não
- o) Se sim quantas vezes?
- p) Quanto tempo já ficou parado por causa da lesão?
- q) As lesões já te tiraram de alguma competição importante?

## **ANEXO A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ATLETAS DA EQUIPE MASCULINA DE GOALBALL DE FLORIANÓPOLIS/SC**”, realizada em na cidade de Florianópolis-SC. O objetivo da pesquisa será verificar a relação da percepção de qualidade de vida de atletas com deficiência visual da equipe masculina de goalball de Florianópolis/SC.

A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: para realizar a pesquisa será necessário que você responda uma anamnese para investigar informações gerais como idade, lesões prévias e atuais, características da deficiência visual e tempo de prática do goalball. Em seguida você responderá um questionário que avalia a saúde geral, assim como o impacto da perda visual na qualidade de vida. Por fim, você responderá a dois questionários que buscarão identificar o nível de dor e lesões decorrentes da prática esportiva. Além dos questionários, mensuraremos sua estatura, massa corporal e circunferência abdominal. Estes procedimentos serão realizados em dias previamente agendados junto aos participantes. O local da coleta de dados será na própria Universidade Federal de Santa Catarina.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados com esta pesquisa é a obtenção de dados sobre fatores de risco à saúde, qualidade de vida e prevalência de lesões em atletas de goalball. As informações obtidas poderão servir de alerta para técnicos e atletas, além de oferecer subsídios para o melhor direcionamento das estratégias de treinamento e preparação física dos atletas.

Informamos que os senhores não pagarão nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, inclusive no que se refere ao transporte para as

avaliações quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Os riscos da participação nesta pesquisa são mínimos, uma vez que se trata de medidas antropométricas e resposta a questionários.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar(Pesquisador responsável: BRUNA BARBOZA SERON, Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 1422 apto. 627, Bloco II, Pantanal, Santa Catarina, Telefones: 48 – 99489911, email: [bruna.seron@ufsc.br](mailto:bruna.seron@ufsc.br)) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSH-UFSC) informa que localiza-se no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

### **Pesquisador Responsável**

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do responsável pelo participante da pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, autorizo **voluntariamente** a participação de \_\_\_\_\_ (nome por extenso do adolescente participante da pesquisa) na pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO B - QUESTIONÁRIO NEI-VFQ-25

### PARTE 1 - SAÚDE GERAL E VISÃO

1 - *Como você acha que está a sua saúde?*

Excelente ....(1) Muito boa ....(2) Boa ....(3) Regular ....(4) Ruim ....(5)

\* Pule a pergunta 1 quando o VFQ-25 estiver sendo aplicado com o SF-36 ou RAND 36

- Item Pesquisa de Saúde 1.0

2 - *Como você acha que está a sua visão (com óculos ou lentes de contato, se usuário)?*

Excelente ....(1) Boa ....(2) Regular ....(3) Ruim ....(4) Muito ruim ....(5) Completamente cego ....(6)

3 - *Você tem se preocupado com sua visão?*

Não ....(1) Um pouco ....(2) Algumas vezes ....(3) A maior parte do tempo ....(4) O tempo todo ....(5)

4 - *Você tem sentido dor ou desconforto nos seus olhos (p.ex.: coceira, queimação, dor)? Sim ou não? Esta dor ou desconforto é:*

Não sinto ....(1) Fraca ....(2) Moderada ....(3) Severa ....(4) Muito severa ....(5)

### PARTE 2 - DIFICULDADES COM ATIVIDADES

As próximas perguntas são sobre dificuldades em fazer algumas atividades, usando seus óculos ou lentes de contato, caso você os use, para as seguintes atividades:

5 - *Você tem dificuldade para ler jornal, livro ou revista?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de ler por causa da visão ....(5) Deixou de ler por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

6 - *Você tem dificuldade para cozinhar, costurar ou ver coisas de perto?*



Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*7 - Por causa da sua visão, você tem tido dificuldade para achar coisas quando se encontram misturadas a outros objetos (talher, sapato, roupa)?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*8 - Você tem dificuldade para ler placas na rua ou letreiro do ônibus?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*9 - Você tem tido dificuldade para descer escadas?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*10 - Você tem tido dificuldade para enxergar os objetos a seu lado quando você está andando sozinho?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*11 - Você tem dificuldade para conversar com os amigos ou parentes por causa da sua visão?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*12 - Você tem dificuldade, por causa da visão, para diferenciar as cores?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*13 - Você tem dificuldade, por causa da visão, para reunir-se com os amigos ou parentes em suas casas, em festas ou em reuniões?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de fazer por causa da visão ....(5) Deixou de fazer por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*14 - Você tem dificuldade, por causa da visão, para enxergar as pessoas quando estão do outro lado da rua?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de ver por causa da visão ....(5) Deixou de ver por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

*15 - Você dirige, mesmo que de vez em quando?*

Sim (vá para questão 15c) ....(1) Não ....(2) Continua

*15a- Você nunca dirigiu ou desistiu de dirigir?*

Nunca dirigiu (vá para parte 3, questão 17) ....(1) Desistiu ....(2)

*15b- Se você desistiu, foi devido à visão, por outras razões ou as duas coisas ao mesmo tempo?*

Principalmente pela visão (vá para parte 3, questão 17) ....(1) Por outros motivos (vá para parte 3, questão 17 ) ....(2) Pela visão e outros motivos (vá para parte 3, questão 17) ....(3)

*15c- Você tem dificuldade para dirigir, durante o dia, em lugares conhecidos?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Moderada dificuldade ....(3) Muita dificuldade ....(4)

*16 - Você tem dificuldade para dirigir durante a noite?*

Não tenho dificuldade ....(1) Pouca dificuldade ....(2) Dificuldade moderada ....(3) Muita dificuldade ....(4) Deixou de dirigir por causa da visão ....(5) Deixou de dirigir por outros motivos, ou não se interessa por isso ....(6)

### **PARTE 3 - REAÇÕES AOS PROBLEMAS DE VISÃO**

As próximas perguntas são sobre como as coisas que você faz podem ser afetadas pela sua visão.

*17 - Você tem deixado de realizar coisas que gosta por causa da sua visão?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

*18 - Você se acha limitado para trabalhar ou realizar outras atividades por causa da visão?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

*19 - Você sente desconforto nos olhos ou em volta deles (por ex.: queimação, coceira, dor) que faz você deixar de fazer coisas que gosta?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

*20 - Você fica muito tempo em casa por causa da sua visão?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

*21 - Você tem se sentido triste por causa da sua visão?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

*22 - Você tem sentido receio de fazer coisas que estava acostumado a fazer (cozinhar, lavar roupa, trabalhar com ferramentas etc.) por causa da visão?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

23 - *Você, por causa da visão, depende do que as outras pessoas falam?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

24 - *Por causa da sua visão, você tem precisado da ajuda dos outros?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

25 - *Por causa da sua visão, você tem tido receio de fazer algumas coisas com medo de passar vergonha, p.ex. entrar no banheiro errado, não falar com pessoas conhecidas, urinar fora do sanitário, etc.?*

Sempre ....(1) A maioria das vezes ....(2) De vez em quando ....(3) Poucas vezes ....(4)  
Nunca ....(5)

Fonte: O questionário NEI-VFQ-25 é um produto da análise e redução de itens do NEI-VFQ-51 (MANGIONE et al, 2001)(15). Este questionário NEI-VFQ-25 foi traduzido para o português e submetido à adaptação cultural (FERRAZ et al, 2002)(12).