



Empoderando vidas.
Fortalecendo nações.

**MOVIMENTO É VIDA:
ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS
PARA TODAS AS PESSOAS**

Relatório Nacional de
Desenvolvimento Humano do Brasil
2017

Atividades físicas e esportivas e pessoas com deficiência

Márcia Greguol

RESUMO

Pessoas com deficiência historicamente têm sido vistas como incapazes de levar uma vida independente. Essa visão equivocada, além de acentuar a exclusão social, inibe o surgimento e incentivo da prática de AFEs para essa população. Embora garantida em lei, essa prática, seja com objetivo educacional, competitivo ou de lazer, ainda encontra diversas barreiras para sua democratização, que vão desde questões ambientais até fatores ligados aos aspectos pessoais e sociais. Alguns fatores podem ser vistos como fundamentais para que pessoas com deficiência possam desenvolver um estilo de vida fisicamente ativo, de modo a exercer sua cidadania e aprimorar sua saúde e qualidade de vida. Entre esses, destacam-se a divulgação de informações para toda a sociedade, tanto para pessoas com como para as sem deficiência, a capacitação profissional continuada dos profissionais que atuam em programas de atividades físicas e esportivas e as ações concretas do poder público no sentido de oportunizar a ampla participação.

1. Pessoas com deficiência: quem são?

Ao longo da história da humanidade, diferentes foram as formas de tratamento da sociedade para com as pessoas com deficiência. Num primeiro momento, pôde ser observado o extermínio de crianças que nascessem com deficiências, sendo que, em algumas culturas, tal prática ainda é admitida. Num segundo momento, embora fosse permitida a sobrevivência dessas crianças, elas não compartilhavam do convívio social com as demais. Nessa ocasião, foram criadas as primeiras instituições voltadas ao atendimento e ao apoio específico às pessoas com deficiência. Tais instituições tinham caráter segregador, ou seja, direcionavam suas ações para crianças com determinado tipo de deficiência. Embora representassem um grande avanço, falhavam ao não estimularem o convívio social com outras pessoas sem deficiência.

Nas décadas mais recentes, especialmente a partir da década de 1980, a deficiência passou a ser reconhecida como uma questão de direitos humanos, e o tema da inclusão social ganhou grande destaque entre os organismos internacionais, sendo foco de debates e documentos elaborados com a finalidade de garantir direitos fundamentais às pessoas com essa condição. Ainda mais recentemente, a deficiência obteve posição de destaque na Agenda para o Desenvolvimento



Sustentável – 2030, enfocando preocupações relacionadas à educação, ao crescimento, ao ingresso no mercado de trabalho, à igualdade e à acessibilidade dos ambientes e das instalações. Assim, nota-se que a mensagem central da Organização das Nações Unidas de que pessoas com deficiência devem ser vistas como “beneficiárias e como agentes das mudanças na sociedade e desenvolvimento” (WHO, 2016) vem ganhando força e notoriedade na sociedade atual, reforçando as discussões sobre políticas públicas para a garantia de um desenvolvimento sustentável ao redor do mundo.

De acordo com a abordagem utilizada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde – CIF (WHO, 2001), a deficiência pode ser definida como uma limitação em um domínio funcional que emerge da interação entre a capacidade intrínseca da pessoa, o ambiente e fatores pessoais. Ainda a CIF ressalta que a funcionalidade deve ocorrer em três níveis: função e estruturas corporais, atividades e participação. Para cada domínio, o nível de funcionalidade depende tanto da capacidade intrínseca do indivíduo como de aspectos relacionados ao ambiente que podem reduzir ou elevar a possibilidade do indivíduo de participar da sociedade. Por exemplo, um indivíduo com uma lesão medular incompleta que apresente um quadro de perda parcial de movimentos nos membros inferiores pode apresentar a capacidade de caminhar com algum tipo de órtese (bengala, por exemplo). Porém, caso habite em uma região na qual a acessibilidade urbana seja deficitária, com ruas e calçadas acidentadas, ladeiras íngremes e guias elevadas nas calçadas, a sua capacidade de caminhar será prejudicada ou até impedida. Assim, a CIF não coloca apenas qual é a função remanescente por conta da deficiência, mas também destaca as necessidades particulares para que o indivíduo consiga participar das atividades sociais, tais como uso de bengala, de corrimão, de carro automático, de banheiro adaptado, de rampas de acesso, entre outras.

Também a Convenção das Nações Unidas pelos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006, reconheceu que a deficiência seria um conceito mais abrangente, resultando da interação entre as pessoas com essa condição e as barreiras atitudinais e ambientais que podem dificultar sua participação ampla e efetiva na sociedade em condição de igualdade com as demais (UN, 2007). Tal convenção reforçou ainda mais a tendência já observada na segunda metade do século XX de que a deficiência fosse compreendida como uma questão de direitos humanos, em consonância com a Declaração dos Direitos Humanos publicada em 1948, a qual garantia igualdade de direitos a todos, independentemente de quaisquer condições que pudessem apresentar. No Brasil, em consonância com as discussões internacionais, atualmente a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da



Pessoa com Deficiência – SNPD é um órgão integrante da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e atua na articulação e coordenação das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência (SNPD, 2016).

Pessoas com diferentes tipos de deficiência podem experimentar diferentes dificuldades para sua inclusão social. Assim, para que seja possível a elaboração de políticas públicas no sentido de promover a inclusão social plena de pessoas com deficiência nas diversas atividades, é necessário que sejam realizados levantamentos estatísticos sobre a quantidade e a classificação dessa condição nos diversos países. No entanto, existe grande dificuldade na obtenção desses dados, especialmente em países mais pobres, o que torna complexa a compreensão clara sobre o mapeamento da deficiência nas diversas regiões do mundo, bem como o direcionamento de políticas públicas específicas. Um levantamento de abrangência mundial deu conta de que, em todo o mundo, existe uma prevalência de casos de deficiências de em torno de 16%, variando de 12% nos países mais desenvolvidos até 18% nos países em desenvolvimento (WHO, 2011). Já em relação à prevalência de deficiências entre crianças, o mesmo levantamento estima que esta seja de em torno de 6%, no entanto, admite-se que esses números podem sofrer grandes variações dependendo do instrumento de medida utilizado.

No Brasil, os primeiros dados oficiais de base populacional sobre a prevalência de deficiências foram coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na ocasião da realização do Censo Demográfico em 2000 (IBGE, 2000). Nessa ocasião, os dados revelaram que 14,5% da população declarou possuir algum tipo de deficiência, sendo a deficiência visual a mais prevalente, com 48,1% dos casos. Já no censo realizado em 2010, esses números aumentaram sensivelmente, sendo que 23,9% da população declarou apresentar alguma deficiência e 6,7% (17,7 milhões de brasileiros) afirmaram possuir alguma deficiência severa. Novamente, a deficiência visual foi a mais prevalente, com mais de 35 milhões de casos constatados no levantamento, e a região com o maior número de casos assinalados foi a região Nordeste do país. O Quadro 1 a seguir ilustra a prevalência de deficiências nas diferentes regiões brasileiras reportada nos censos de 2000 e 2010.

Quadro 1: Prevalência de deficiências por região nos censos de 2000 e 2010

REGIÕES	Proporção da população com pelo menos uma deficiência registrada	
	2000	2010
BRASIL	14,5%	23,92%
Norte	14,7%	23,4%
Nordeste	16,8%	26,63%
Sudeste	13,1%	23,03%
Sul	14,3%	22,51%
Centro Oeste	13,9%	22,50%

Fonte: IBGE (2012).

O Quadro 2 traz o destaque para a prevalência progressivamente maior da deficiência com o avançar da idade, sobretudo para aqueles com mais de 65 anos e nos casos de deficiências motoras, visuais e auditivas. Nota-se que, com o avançar da idade, tornam-se mais frequentes os casos de deficiência, o que reforça a necessidade de atenção específica com essa população.

Quadro 2: Porcentagem de deficiências por grupo etário

	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência motora	Deficiência intelectual
0 a 14 anos	5,3%	1,3%	1,0%	0,9%
15 a 64 anos	20,1%	4,2%	5,7%	1,4%
Acima de 65 anos	49,8%	25,6%	38,3%	2,9%

Fonte: IBGE (2012).

Além disso, o censo de 2010 também levantou dados preocupantes sobre as dificuldades de acesso da população com deficiência à educação, revelando que mais de 60% dos indivíduos não tinham qualquer grau de instrução ou haviam cursado apenas o fundamental incompleto. Dados do Ministério da Educação evidenciam que, no ano de 2008, foi registrado um número maior de matrículas de alunos com algum tipo de deficiência na rede regular de ensino do que na rede especial, o que poderia indicar um avanço no sentido da inclusão escolar (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO DO BRASIL, 2016). No entanto, sabe-se que, na prática, o que ainda se observa é uma enorme escassez de informações, tanto por parte da família, que recebe poucos subsídios sobre as condições da criança, como por parte da escola, que, em muitos casos, deixa de oferecer os estímulos



adequados para o desenvolvimento das potencialidades existentes do aluno com deficiência (GREGUOL, GOBBI e CARRARO, 2013).

Também, na área da saúde pública, a situação é semelhante. Embora alguns dispositivos legais (BRASIL, 2013a) garantam o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde, ainda podem ser notadas dificuldades nesse sentido por vários motivos, que incluem desde a situação socioeconômica mais precária, em geral observada entre pessoas com deficiência, e as barreiras impostas pelo ambiente e pela falta de transporte até a escassez de serviços públicos preparados para acolher as necessidades específicas dessa população. Essa situação é particularmente preocupante pelo fato de essas pessoas apresentarem maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de comorbidades e condições associadas à deficiência, além de maior risco de morte prematura (WHO, 2006).

O estado de saúde e bem-estar de pessoas com deficiência é visto como ponto crucial que afetará diretamente sua capacidade de socialização, aprendizagem, trabalho e autonomia. Por esse motivo, comportamentos de risco à saúde observados com frequência nessa população, tais como maior tendência ao sobrepeso, alimentação inadequada, tabagismo, consumo excessivo de álcool e sedentarismo, devem ser vistos como preocupações de saúde pública pelos governantes (WHO, 2006). De acordo com essa premissa, o incentivo a um estilo de vida considerável “saudável” pode ser compreendido como um ponto-chave na redução dos fatores de risco à saúde de pessoas com deficiência. Entre esses hábitos, a prática de AFEs configura-se como ponto de destaque, já que o sedentarismo é considerado como grave problema de saúde pública em todo mundo, independentemente de gênero, faixa etária e presença ou não de alguma deficiência (WHO, 2016).

Apesar do conhecimento de que a prática de atividades físicas é fator primordial para a manutenção de uma saúde positiva, grande dificuldade de adesão e aderência a essa prática é observada. Especialmente nas idades mais jovens, esse fato é preocupante, uma vez que alguns levantamentos longitudinais sugerem que crianças e adolescentes sedentários tendem a manter esse comportamento negativo por toda a vida, o que poderá colocá-los em risco maior de morbidade (BAUMAN, 2004). Essa situação é reforçada quando se tratam de pessoas com deficiência, as quais, comparadas àquelas sem deficiência, possuem menos oportunidades de participar de programas de atividade física no seu dia a dia, além de níveis mais precários de aptidão física (CERVANTES e PORRETA, 2010). Embora a legislação brasileira e internacional garanta o direito à prática de atividades físicas e esportivas,



salientando o dever do poder público em seu fomento, ainda são escassas as possibilidades de real engajamento por parte de pessoas com deficiência, o que acaba prejudicando o pleno exercício de sua cidadania.

A seguir são apresentadas algumas evidências sobre a importância e as recomendações quanto à prática de AFEs por pessoas com deficiência, além de um mapeamento sobre como tais atividades têm sido estimuladas no Brasil e qual cenário é possível prospectar para o futuro. São ainda apresentados dados estatísticos governamentais e não governamentais sobre o acesso à prática de AFEs por pessoas com deficiência, bem como perspectivas futuras sobre como o estilo de vida fisicamente ativo pode ser motivado nessa população.

2. A prática de AFEs por pessoas com deficiência no Brasil – uma garantia legal

Em consonância com o que foi acordado na Convenção das Nações Unidas pelos Direitos das Pessoas com Deficiência em 2006 (UN, 2007), alguns instrumentos legais foram promulgados no Brasil para garantir o acesso de pessoas com deficiência aos serviços de educação, saúde e práticas esportivas (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2015). Tais instrumentos, em sua essência, buscam zelar pelo encorajamento às atividades esportivas como forma de lazer, reabilitação e inserção social, tendo em vista a necessidade da criação de programas específicos para essa população e da capacitação profissional, bem como da redução de barreiras ambientais e atitudinais. As garantias previstas na legislação brasileira, dessa forma, abrangem as possibilidades de práticas de AFEs por pessoas com deficiência no ambiente escolar, nas unidades básicas de atendimento à saúde e nos programas públicos promovidos nas esferas municipal, estadual e nacional.

No que tange às possibilidades de participação nas aulas de Educação Física escolar, a Lei Brasileira de Diretrizes e Bases da Educação – 9394/96 (BRASIL, 1996), em um capítulo destinado especificamente à questão dos alunos com necessidades educacionais especiais, destaca a necessidade de que alunos com deficiência sejam atendidos na rede regular de ensino, reforçando o que a Constituição Federal, anos antes, já havia colocado como prerrogativa (BRASIL, 1988). No entanto, embora a legislação brasileira garanta, há mais de 20 anos, o acesso de jovens com deficiência ao ensino regular, percebe-se que muitos ainda são dispensados das aulas de Educação Física, ou então participam, porém sem



atuação efetiva. Atribuir a culpa desse fato apenas ao professor é uma visão simplista e que não traduz a realidade. Na verdade, mais do que superar barreiras arquitetônicas, é preciso que, por meio da informação, da capacitação profissional e da oportunização de atividades diferenciadas, sejam superadas visões ultrapassadas de currículo e de modelos de aula, para que, assim, seja possível incutir também nas crianças e nos adolescentes com deficiência o hábito e o prazer de se exercitar, seja com o objetivo de promoção da saúde, rendimento ou lazer (GREGUOL, 2009).

Na área de educação física, a partir dos anos 80, muitos cursos de graduação incluíram em sua grade uma disciplina específica tratando das adaptações de programas para pessoas com deficiência. No entanto, mesmo esse reforço não se mostrou suficiente para preparar profissionais aptos a lidar com a diversidade de condições impostas por uma escola que atue em um sistema inclusivo. A falta de capacitação profissional e de informação certamente tem sido a grande responsável pelas dificuldades encontradas pelos professores. E, por serem escassas as oportunidades de programas de AFEs externos voltados às suas necessidades e potencialidades, crianças com deficiência, ao não encontrarem situações propícias dentro da escola, acabam por se tornarem inativas. Essa situação, aliada à superproteção por parte da família, claramente torna-se a grande responsável, muito mais do que a deficiência em si, pelos atrasos no desenvolvimento global observados nessa população (PEDRINELLI e VERENGUER, 2013).

Assim como é observado na educação, o acesso de pessoas com deficiência aos programas de AFEs oferecidos na assistência básica à saúde e nos programas públicos, embora assegurado em lei, ainda é uma realidade distante. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) previa, desde sua criação, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas com deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida e a utilização dessas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação. Anos mais tarde, em 2013, o Estatuto da Pessoa com Deficiência reforçou o conceito, reafirmando a responsabilidade do poder público de garantir a participação de pessoas com deficiência em atividades recreativas, esportivas, de lazer, culturais e artísticas, inclusive no sistema escolar (BRASIL, 2013a). No entanto, embora exista escassez de dados oficiais, estudos apontam que mais de 60% das unidades básicas de saúde e das academias ao ar livre espalhadas pelos municípios brasileiros não apresentam estrutura acessível para pessoas com deficiência (SERON; ARRUDA; GREGUOL, 2015).



Tais dificuldades apontadas para o acesso de pessoas com deficiência aos programas públicos de AFEs, sejam pelas barreiras arquitetônicas ou pela falta de capacitação profissional, reduzem ainda mais as oportunidades de participação. Dados não oficiais sobre o assunto apontam que apenas 10% das pessoas com deficiência no Brasil praticam alguma atividade física regularmente (SOLER, 2005; GUTIERRES FILHO et al., 2010).

Um dos poucos dados oficiais disponíveis a respeito do acesso à prática de AFEs por pessoas com deficiência foi divulgado por meio dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde do Brasil em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013. Para a amostra, foram selecionados 81.254 domicílios, sendo que, entre esses, 69.994 estavam ocupados. Foram realizadas 64.348 entrevistas domiciliares, com taxa de perda de 20,8% e taxa de resposta de 91,9%. Ao final, foram coletadas informações válidas para 205.000 moradores.

Do total de pessoas entrevistadas, 6,2% relataram apresentar algum tipo de deficiência (intelectual, física, auditiva ou visual), representando uma frequência absoluta de 12.410 pessoas. A distribuição por sexo e tipo de deficiência é ilustrada no Quadro 3. Nota-se que, embora a prevalência total de pelo menos uma das deficiências seja muito inferior em comparação aos dados do censo de 2010, a distribuição por tipo de deficiência permaneceu semelhante.

Quadro 3: Distribuição das deficiências por sexo, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013)

SEXO	Def. intelectual	Def. física	Def. auditiva	Def. visual
Masculino	0,9% (n=881)	1,6% (n=1592)	1,2% (n=1168)	3,3% (n=3198)
Feminino	0,7% (n=682)	1,0% (n=1059)	1,0% (n=1071)	3,9% (n=4085)
TOTAL	0,8 (n=1564)	1,3% (n=2651)	1,1% (n=2239)	3,6% (n=7283)

Fonte: IBGE, 2013.

Quando questionados sobre o fato de frequentarem algum tipo de serviço de reabilitação por conta da sua deficiência, aqueles com deficiência intelectual eram os que mais utilizavam esses serviços (30,4%), seguidos daqueles com deficiência física (18,4%), deficiência auditiva (8,4%) e deficiência visual (4,8%). Foram considerados serviços de reabilitação aqueles compostos por equipes multiprofissionais em saúde e de assistência interdisciplinar. O fato de frequentar algum serviço de reabilitação poderia, teoricamente, favorecer o acesso à prática de AFEs, já que algumas equipes multiprofissionais contam com a presença de um



profissional de educação física. Nesse sentido, a PNS apontou uma baixa prevalência de indivíduos com deficiência que frequentam tais serviços, e esse fato foi ainda mais marcante para moradores da zona rural, o que pode indicar uma carência de serviços de reabilitação oferecidos em algumas regiões do país.

Uma das preocupações da PNS foi verificar a prática de AFEs da população. Para tanto, os indivíduos foram questionados quanto ao fato de terem praticado algum exercício físico ou esporte nos três meses anteriores. Da mesma forma, foram questionados sobre atividades físicas realizadas no trabalho, em casa ou nos deslocamentos. Os resultados gerais da população investigada mostraram que uma porcentagem baixa de indivíduos (média de 22,5% para as áreas urbana e rural em todo o país) atingiu o nível recomendado de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada, ou pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa (WHO, 2016).

Entre os entrevistados com algum tipo de deficiência, a situação foi ainda mais grave. Sobre a questão de prática de algum tipo de atividade nos três meses anteriores, a resposta foi afirmativa para apenas 13,3% daqueles com deficiência intelectual, 13,6% entre aqueles com deficiência física, 21,7% entre aqueles com deficiência auditiva e 22,8% entre aqueles com deficiência visual. Dessa forma, pode-se evidenciar que, especialmente para aqueles com deficiência intelectual ou física, a possibilidade de prática de AFEs é ainda uma realidade distante, ainda que garantida por lei.

No caso específico de pessoas com deficiência auditiva ou visual, quando sua situação foi analisada na PNS de acordo com o tipo de limitação para a realização das atividades habituais da vida diária, os resultados mostraram que, quanto maior a limitação percebida, menor a possibilidade de prática de AFEs relatada. Para aqueles com deficiência auditiva e limitações intensas ou muito intensas, a prática de AFEs foi de 17,3% e 14,0%, respectivamente. Já entre aqueles com deficiência visual e limitações intensas ou muito intensas por conta da deficiência, a prática foi de 13,9% e 9,5%, respectivamente. Assim, fica evidente no relatório que não apenas a deficiência em si deve ser analisada quando se fala em oportunidades de prática de AFEs, mas também o grau de limitação que essa deficiência provoca nas atividades habituais. Além disso, também é possível destacar a urgência de que o poder público ofereça acesso real para as pessoas com deficiência à prática de AFEs, especialmente para aquelas em situação de maior vulnerabilidade por conta das limitações impostas pela sua condição.

Em levantamento realizado pelo Ministério do Esporte em 2013 sobre a prevalência de prática de AFEs no Brasil (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2013), documento que ficou conhecido como Diagnóstico Esporte Brasil, infelizmente não foram computados dados específicos sobre a situação da população composta por pessoas com deficiência. Ainda assim, alguns dados do documento possivelmente podem ser extrapolados para essa população, como os fatos de a inatividade física crescer progressivamente com o avançar da idade, de mulheres exibirem maior tendência a um comportamento sedentário e de, nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste do Brasil, com exceção das capitais, os municípios oferecerem poucas opções de práticas sistematizadas. Especialmente no caso das mulheres com deficiência, a falta de acesso aos programas é marcante, uma vez que são ainda escassas as participações femininas em equipes esportivas no esporte adaptado ou em programas específicos de atividades físicas. Assim, reforça-se a ideia de que o acesso aos programas de AFEs devem ser vistos como direito fundamental de todas as pessoas, também daquelas com deficiência, e, para que tal direito seja garantido, é necessária a urgente criação e/ou adaptação de espaços, atividades e projetos específicos por parte do poder público, focando especialmente nos grupos de maior vulnerabilidade, tais como mulheres e idosos com deficiências.

3. Benefícios, determinantes e barreiras para a prática de AFEs por pessoas com deficiência

Os efeitos benéficos da prática de AFEs para a manutenção da saúde e da aptidão física são amplamente conhecidos (WHO, 2016). No entanto, ao se tratar da parcela da população constituída por pessoas com deficiência, os estudos são mais escassos e, em geral, incluem um número de participantes extremamente reduzido, o que dificulta a extrapolação das informações obtidas. Em um dos poucos estudos epidemiológicos localizados a esse respeito, Bodde, Seo e Frey (2009) verificaram que a atividade física é um preditor de uma saúde positiva, independentemente de outros fatores, tais como idade, gênero, nível socioeconômico, índice de massa corporal, tabagismo e nível educacional. A falta de oportunidades de engajamento em programas de AFEs ao longo da vida faz com que pessoas com deficiência estejam mais predispostas a desenvolver doenças hipocinéticas, como cardiopatias, hipertensão, diabetes, obesidade e doenças osteoarticulares crônicas (HOLBROOK, KANG e MORGAN, 2013).

Pode-se considerar que os programas supervisionados de AFEs sejam até mais importantes para pessoas com deficiência do que para aquelas sem deficiência,



visto que o primeiro grupo raramente consegue, por conta própria, se envolver em um lazer ativo. Apesar dos benefícios físicos, motores, sociais, psicológicos e cognitivos da prática de atividade física por pessoas com deficiência, a prevalência de inatividade é muito grande nessa população e estaria relacionada a barreiras médicas, psicológicas, sociais e ambientais que dificultam ou impedem a participação (MARTIN, 2013; NOCE, SIMIM e MELLO, 2009). Além disso, há de se destacar que os poucos programas supervisionados disponíveis muitas vezes podem não atender os interesses e as necessidades de pessoas com deficiências (RIMMER, 2006).

Com relação aos jovens com deficiência, é possível constatar que estes apresentam maior prevalência de obesidade e sobrepeso (YAMAKI et al., 2011), além de maiores dificuldades de acesso aos programas de AFEs do que seus pares sem deficiência. Outros comportamentos de risco destacados para essa população seriam a dieta inadequada, o uso de medicamentos que podem levar a efeitos colaterais e as características da própria deficiência. No entanto, é apontado que o trabalho educativo, especialmente com pais e demais cuidadores, pode levar a melhoras nesses comportamentos observados, especialmente no sentido da adoção de um estilo de vida considerado mais saudável (HINCKSON et al., 2013). Ainda, alguns estudos evidenciam que a oportunidade de praticar atividades físicas no período escolar é fundamental para crianças e adolescentes com deficiência, já que são escassas as oportunidades de prática quando estes encontram-se fora do turno escolar (EINARSSON et al., 2016; VALIS e GONZALEZ, 2016).

Rimmer e Marques (2012) destacam que existem provavelmente mais de 1 bilhão de pessoas com deficiência em todo o mundo, com maior prevalência nos países mais pobres, e que estas apresentam muito menos oportunidades de se envolverem em programas de AFEs quando comparadas àquelas sem deficiência. Segundo os autores, as principais barreiras para a prática de atividades físicas nessa população poderiam ser divididas em pessoais (dor, fadiga, percepção de que a atividade seja difícil, falta de conhecimento sobre as atividades) e ambientais (falta de transporte, de equipamentos adequados, de profissionais capacitados, de acessibilidade arquitetônica e de recursos financeiros para a prática). Cabe destacar que as crenças e atitudes dos familiares, dos amigos e das próprias pessoas com deficiência podem ser barreiras ou facilitadores para a prática esportiva. Dessa forma, a disseminação do conhecimento sobre os benefícios e as possibilidades de prática de AFEs por essa população é peça-chave para a melhor adesão aos programas disponíveis (VASUDEVAN, RIMMER e KVIZ, 2015).

As barreiras observadas por pessoas com deficiência para a prática de AFEs diferem daquelas normalmente exibidas pela população em geral (RIMMER et



al., 2004). Enquanto, para pessoas sem deficiência, a falta de tempo e de dinheiro são fatores de destaque, para aquelas com deficiência os principais obstáculos encontrados dizem respeito a construções e ambientes naturais inacessíveis, dificuldades psicológicas e emocionais, falta de equipamentos apropriados para a prática, falta de informação e formação profissional, problemas com transporte e percepção negativa sobre a atitude das demais pessoas durante a prática em ambientes inclusivos. Especialmente o último ponto destacado chama a atenção para a falta generalizada de informações que a sociedade, como um todo, possui em relação às possibilidades e potencialidades de pessoas com deficiência, o que provavelmente pode ser atribuído à falta de oportunidades de convívio desde idades mais precoces.

Estudos específicos sobre barreiras e determinantes para prática de atividade física entre pessoas com deficiência apontam que essas variáveis modificam-se conforme o tipo de deficiência analisado. Entre pessoas com deficiências físicas, por exemplo, as barreiras mais relatadas são as ambientais (acessibilidade às instalações e aos meios de transporte) e os fatores associados à funcionalidade (perceber-se como uma pessoa capaz de ser fisicamente ativa) (SAEBU e SORENSEN, 2011). Já entre pessoas com deficiência intelectual, as barreiras estão mais relacionadas à dependência de terceiros para conseguirem frequentar um programa de AFEs e à escassez de informações sobre a existência de programas disponíveis. Nesse caso, a existência de programas comunitários que buscassem envolver a família na sua estrutura programática poderia ser uma estratégia para amenizar essa situação (TALIAFERRO e HAMMOND, 2016).

Em estudos realizados no Brasil sobre barreiras para a prática de AFEs entre pessoas com deficiência, a diferenciação por tipo de deficiência também foi verificada. Da mesma forma como ocorreu em investigações internacionais, entre pessoas com deficiências físicas no Brasil, as barreiras mais relatadas foram referentes às questões arquitetônicas e de transporte, às limitações motoras impostas pela deficiência e à falta de recursos materiais adequados e de programas específicos (SERON, ARRUDA e GREGUOL, 2015). Já entre pessoas com deficiência visual, algumas barreiras levantadas com frequência em estudos nacionais foram falta de apoio da família, infraestrutura limitada, falta de capacitação do profissional de educação física, sentimento de exclusão nas atividades e dificuldades na orientação espacial (MORGADO, SOUTO e GREGUOL, 2016).

Da mesma forma como as barreiras percebidas são influenciadas pelo tipo de deficiência, também podem variar de acordo com a faixa etária. Em uma revisão de estudos sobre agentes que facilitam ou dificultam a prática de AFEs entre crianças



com deficiência, Shields, Synnot e Barr (2012) verificaram como principais barreiras a falta de conhecimento e de habilidade para a prática, o medo, os comportamentos negativos dos pais e demais familiares, as instalações inadequadas e a falta de transporte, de programas e de profissionais capacitados. Já os facilitadores evidenciados para as crianças foram seu desejo de ser fisicamente ativas, o apoio da família e de amigos, as instalações acessíveis, a proximidade do local de prática e a presença de um profissional capacitado. Ainda analisando a situação de crianças com deficiência, Devine (2016) observou que existe uma mistificação social de que a prática de atividades físicas por esse grupo é algo desnecessário ou arriscado, o que pode reforçar ainda mais a falta de oportunidades para o acesso aos programas existentes ou a não criação de programas direcionados a essa população.

É possível notar que alguns fatores podem ser relatados tanto como barreiras quanto como facilitadores para a prática de AFEs entre pessoas com deficiência. Um exemplo seria o tipo de suporte recebido pela família e pelos amigos para aderir a uma atividade. Caso esse suporte seja visto como positivo (familiares e amigos incentivam a prática e/ou praticam alguma atividade junto à pessoa com deficiência), torna-se um facilitador, porém, quando visto de maneira negativa (familiares e amigos que desestimulam a pessoa com deficiência a praticar alguma atividade física), pode tornar-se uma grande barreira, especialmente entre crianças com deficiência. Da mesma maneira, a existência ou inexistência de instalações acessíveis, materiais adaptados e profissionais capacitados para lidar com pessoas com deficiência pode se constituir como um fator que facilitará ou dificultará a prática (SERON, ARRUDA e GREGUOL, 2015; MORGADO, SOUTO e GREGUOL, 2016).

Especificamente no caso do Brasil, as barreiras e os facilitadores percebidos podem ainda variar de acordo com a região do país. Estados considerados mais desenvolvidos, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, em geral exibem menos barreiras arquitetônicas e de transporte do que estados das regiões Norte e Nordeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Analisando de maneira mais aprofundada as regiões Norte e Nordeste, outro problema a ser considerado é que os programas específicos para pessoas com deficiência, em geral, são concentrados apenas nas capitais ou nas grandes regiões metropolitanas, atendendo, dessa forma, uma parcela muito reduzida da população total. O Quadro 4 a seguir resume as principais barreiras encontradas em estudos nacionais para a prática de atividades físicas entre pessoas com deficiência:

Quadro 4: Barreiras para a prática de atividades físicas no Brasil

AMBIENTAIS	PESSOAIS	SOCIAIS
Acessibilidade arquitetônica precária	Falta de disposição	Falta de apoio da família
Obstáculos naturais	Dor	Falta de apoio dos amigos
Transporte inadequado	Limitações da deficiência	Forma como os outros encaram a deficiência
Problemas com o clima	Falta de dinheiro	Profissional pouco capacitado
Falta de materiais adequados para a prática	Vergonha	Falta de programas disponíveis

Fonte: SERON, ARRUDA e GREGUOL, 2015.

Independentemente do tipo de deficiência, do gênero, da faixa etária ou da região demográfica, o que se percebe no Brasil é ainda uma carência de levantamentos de base populacional sobre os fatores que dificultam ou que determinam a participação de pessoas com deficiência em programas de atividades físicas e esportivas. Embora avanços recentes tenham sido observados na área acadêmica, sobretudo pelo crescimento no número de pesquisadores interessados na temática em nosso país, a diversidade de deficiências a serem consideradas, bem como a dificuldade em se contatar essa população fora das instituições específicas, constitui-se em obstáculo para a obtenção de dados mais confiáveis.

4. Atividade física para pessoas com deficiência como uma questão de saúde pública

Historicamente, as ações de promoção da saúde de pessoas com deficiência têm sido negligenciadas pelo sistema público. A deficiência ainda é vista como um desafio pelo sistema de saúde pública em diversos países, sobretudo pela falta de conhecimento por parte dos profissionais da área acerca das particularidades das deficiências e de como lidar com pessoas nessa condição (RIMMER, 2011). De um modo geral, os serviços de saúde prestam pouca atenção às necessidades de pessoas com deficiência, oferecendo poucas ações concretas e mantendo grande distanciamento entre os serviços. Tal distanciamento faz com que, por exemplo, uma



pessoa, ao sofrer uma lesão medular em um acidente, seja atendida em um hospital e passe pelo processo de fisioterapia durante um tempo determinado. Porém, ao ter alta do hospital, nenhum encaminhamento é feito para algum serviço continuado de atividade física, ainda que este exista próximo na comunidade. A falta de programas disponíveis de AFEs ou de conhecimento sobre aqueles disponíveis, aliada à desinformação por parte dos profissionais de saúde, faz com que o indivíduo, após a alta hospitalar, permaneça basicamente em casa e tenha poucas oportunidades de se tornar ativo, deteriorando ainda mais sua qualidade de vida (RIMMER, 1999; LOLLAR, 2002). Dessa forma, é negado aos indivíduos com deficiência um direito que deveria ser de responsabilidade do poder público, que é o fomento e a oportunização da prática de AFEs em suas comunidades.

Ter uma deficiência não significa não ter boa saúde, embora pessoas com essa condição estejam mais suscetíveis a adquirir comorbidades. A histórica confusão entre os conceitos de deficiência e doença talvez seja uma das responsáveis pela falsa ideia de que não é preciso incentivar bons hábitos para garantir uma saúde positiva entre pessoas com deficiência (DRUM, KRAHN e BERSANI, 2010). Além da carência de informações sobre a prática de AFEs, outros cuidados em saúde em geral são pouco discutidos entre pessoas com deficiência, especialmente as mais jovens. Pouco se fala sobre o uso de drogas e álcool, o tabagismo, a saúde sexual e reprodutiva e a alimentação saudável. Dessa forma, reforça-se a probabilidade de que essa população apresente hábitos incompatíveis com um estilo de vida saudável, o que a coloca em risco de adoecimento e morte precoce (SEBURG et al., 2015).

No Brasil a situação não é diferente. Othero e Dalmaso (2009) destacam que são escassos os projetos na atenção básica à saúde desenvolvidos para pessoas com deficiência em nosso país e que os programas existentes para a população em geral apresentam dificuldades em incluí-las. Cabe ressaltar que, muitas vezes, a necessidade de pessoas com deficiência não está na gravidade orgânica da sua condição ou nos comportamentos funcionais em si, mas, sim, em processos sociais complexos, que condicionam desigualdades sociais entre os cidadãos. Nesse contexto, além de programas direcionados e inclusivos, a disseminação de informação a essas pessoas e seus familiares é passo fundamental na garantia do cuidado em saúde.

Sobre as AFEs, pesquisas e instituições por todo o mundo têm propagado a importância de sua prática por todas as pessoas, com uma recomendação mínima de 150 minutos semanais de atividades moderadas (ACSM, 2016; WHO, 2016). Além dos exercícios físicos ou práticas esportivas supervisionadas, tais atividades podem



incluir os deslocamentos do dia a dia, as tarefas domésticas e no ambiente de trabalho, as atividades de lazer, entre outras (HASKELL, 2009). O fato é que, ao acumular mais minutos de vida ativa, melhora-se substancialmente a aptidão física relacionada à saúde, aprimorando a qualidade de vida e reduzindo a ocorrência de doenças relacionadas à falta de movimento (hipocinéticas) (CASTRO et al., 2013). Infelizmente, boa parte da população mundial ainda não atende essas recomendações mínimas. No caso de pessoas com deficiência, o fato de essas recomendações não serem atingidas é provavelmente devido à falta de oportunidades de participação, agravada pela indisponibilidade de programas específicos ou inclusivos e pelas dificuldades de acesso aos espaços públicos nos quais a prática seria possível (RAUCH et al., 2016).

Sobre a aptidão física relacionada à saúde, pessoas com deficiência deveriam apresentar capacidade aeróbia e composição corporal consistentes com a saúde positiva, flexibilidade adequada para a saúde funcional e níveis de força muscular adequados para uma vida independente e a participação em AFEs (GREGUOL e COSTA, 2013). Além disso, é recomendável uma prática mínima diária incorporada ao estilo de vida do indivíduo que possa auxiliar na obtenção de:

- Autonomia para realização das atividades diárias
- Prevenção de doenças hipocinéticas (por falta de movimento)
- Prevenção de comorbidades associadas à deficiência
- Desenvolvimento mais próximo possível do normal

A premissa básica dos serviços de saúde ao oferecerem ou recomendarem a prática de atividade física para pessoas com deficiência deveria ser a redução das comorbidades, a melhora ou manutenção da independência funcional, o oferecimento de oportunidades de lazer e diversão e a melhora geral da qualidade de vida por meio da redução de barreiras para os cuidados em saúde, especialmente nos programas baseados nas comunidades (RIMMER, 1999). O incentivo aos programas em grupos inclusivos também é interessante, uma vez que reforça a integração social e, em muitos casos, melhora a satisfação com a vida e aceitação da deficiência (KIM et al., 2016).

Iniciar um estilo de vida ativo nas fases mais precoces e manter-se ativo por toda a vida são fatores que podem interferir de maneira decisiva na forma como envelhecemos. Estudos epidemiológicos indicam que o comportamento ativo reduz



a ocorrência de deficiências na velhice, e isso é particularmente importante quando se constata que as deficiências são mais prevalentes nas fases mais avançadas da vida, assim como a maior tendência à inatividade física (PAHOR et al., 2014). Cabe destacar ainda que, ao adquirir uma deficiência na velhice, existe uma probabilidade significativamente maior de se apresentar comportamento inativo, assim como de se passar mais tempo sentado ou deitado, agravando progressivamente as comorbidades e as limitações impostas pela deficiência e reduzindo a autonomia (MOTL e MCAULEY, 2010).

Para reduzir a prevalência dessa condição no futuro, o incentivo ao estilo de vida fisicamente ativo entre pessoas com deficiência deve começar nas fases mais jovens (KORITSAS e IACONO, 2016). Assim, oportunizar o acesso aos programas já existentes para a população convencional por meio de ações inclusivas ou, ainda, planejar e implementar ações direcionadas especificamente para pessoas com deficiência em todas as idades são necessidades básicas para que o impacto da deficiência seja reduzido ao longo da vida e para que seja possível manter uma boa saúde e o bem-estar. E algumas possibilidades concretas para que a teoria se concretize em ação seriam o acesso à tecnologia assistiva (materiais adaptados que facilitassem a prática de AFEs), a capacitação continuada dos profissionais na área de saúde quanto aos benefícios do estilo de vida fisicamente ativo, a inclusão do profissional de educação física na equipe básica de atenção à pessoa com deficiência e a integração dos serviços existentes, de modo que existisse um fluxo de encaminhamento após a alta hospitalar para algum serviço na própria comunidade ou em alguma localidade próxima.

5. Atividade física e esportiva para crianças e adolescentes com deficiência no Brasil: o papel da escola

A prática AFEs, seja com o objetivo competitivo ou de lazer, é um direito fundamental garantido em legislação, além de apresentar grande importância para o desenvolvimento global de crianças e adolescentes. Também, para aqueles com algum tipo de deficiência, existe grande preocupação atual com a necessidade de se oferecer programas direcionados de atividades físicas. Além de ser um direito fundamental, a atividade física é vista como uma oportunidade ímpar para a manutenção da saúde e da autonomia, favorecendo, ainda, o desenvolvimento de valores educacionais e a inclusão social. Infelizmente, poucas são as oportunidades oferecidas para que esses jovens possam se engajar com sucesso em programas



de AFEs. As barreiras impostas a esse acesso vão muito além das arquitetônicas, incluindo também a falta de capacitação de profissionais para lidar com essa população, a falta de materiais apropriados e, principalmente, a falta de informação para os próprios jovens com deficiência e suas famílias (SERON et al., 2012).

Embora, na maior parte das vezes, a deficiência em si não seja um fator determinante para atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e social, certamente a falta de acesso a elementos fundamentais para uma vida saudável, tais como a prática de AFEs, pode trazer consequências por vezes irreparáveis nesses aspectos. A falta de oportunidades de praticar atividades esportivas é evidente entre crianças e adolescentes com deficiência, o que coloca em risco sua saúde e seu desenvolvimento (BULT et al., 2011). Assim, garantir a formação de profissionais na área da educação física e do esporte aptos a trabalhar com toda a diversidade de pessoas é condição básica para a democratização do acesso de jovens com deficiência aos programas de atividades físicas.

Para essas crianças e adolescentes, que no seu dia a dia têm poucas oportunidades de brincar e praticar atividades físicas, as aulas de Educação Física escolar e a criação de programas de AFEs inclusivos ou específicos tornam-se cruciais (ASLAN, CALIK e KITIŞ, 2012). Para muitos alunos com deficiência, as aulas de Educação Física na escola são uma das poucas oportunidades para vivenciarem experiências motoras variadas (LEHNHARD, MANTA e PALMA, 2012). Infelizmente, pelo que se observa na prática, a Educação Física parece ainda estar longe de incluir todos os alunos de fato. Justamente ela, que, de todas as disciplinas, deveria ser uma das mais receptivas à diferença, por admitir inúmeras respostas como sendo corretas. Diferente das equações matemáticas, para as quais existe apenas uma resposta certa, no universo da Educação Física, várias são as possibilidades para se atingir um determinado fim. No entanto, apenas a garantia legal não é suficiente para que a inclusão nas escolas seja implantada de maneira efetiva, sobretudo nas aulas desse componente.

A Conferência Mundial da Unesco sobre Necessidades Educacionais Especiais, realizada em 1994, resultou na elaboração da Declaração de Salamanca, a qual pontuou que os países signatários deveriam se comprometer a empreender esforços no sentido de tornar real o movimento de inclusão escolar (MORGADO, 2013). Nesse sentido, mudanças no âmbito legislativo e na organização escolar têm sido desencadeadas no Brasil desde então com o intuito de melhorar a formação profissional e garantir o amplo acesso de todos os alunos à escola comum. No entanto, embora avanços tenham sido observados, a formação de professores ainda é um desafio, uma vez que a simples oferta de disciplinas obrigatórias nos cursos de



graduação não é capaz de garantir qualidade na atuação docente (BAUMEL e CASTRO, 2002).

Na escola, a relação dos professores de Educação Física com a parcela da população constituída pelas pessoas com deficiência tem se modificado no decorrer dos tempos. Há pouco tempo, trabalhar com atividades físicas para esse segmento populacional parecia função exclusiva de fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais. Nas próprias instituições de ensino superior em educação física, a ideia de programas para pessoas com deficiência tem uma história relativamente recente, que teve início nos anos 1980 (PEDRINELLI e VERENGUER, 2013). Embora os professores de Educação Física escolar julguem a participação de crianças e adolescentes com deficiência como benéfica nas aulas, carecem ainda de conhecimento específico, estrutura e materiais adequados (SILVA, DUARTE e ALMEIDA, 2011).

A educação física tem-se mantido à margem do movimento de inclusão, dominante no discurso nacional desde a década de 1990 (RODRIGUES, 2003). Embora muitas crianças com deficiências até consigam ter acesso à escola regular, em muitos casos são dispensadas das aulas de Educação Física, normalmente pela insegurança por parte do professor. Cabe salientar que a educação física é um direito, não uma opção descartável. Sendo assim, nenhum aluno pode ser dispensado da disciplina, ainda que de seu aspecto teórico. Também é destacado o aspecto da formação dos profissionais de educação física, muitas vezes carentes de informações acerca das deficiências e de suas reais limitações. Concluindo, ressalta-se que a educação física pode, com rigor e investimento, ser efetivamente uma “área-chave” para tornar a educação muito mais inclusiva e pode mesmo ser um campo privilegiado de experimentação, inovação e melhoria da qualidade pedagógica na escola. Beyer (2003) também lembra da necessidade da melhor formação do profissional de educação física, destacando, ainda, a importância da prática, da formação continuada e do apoio da equipe pedagógica.

Algumas medidas podem garantir o sucesso do movimento de inclusão nas aulas de Educação Física escolar, tais como (GUIMARÃES, 2003):

- Estímulo para que as escolas elaborem sua proposta pedagógica, diagnosticando a demanda por atendimento especial
- Criação de um currículo que reflita o meio social
- Oferta de transporte escolar para todos
- Estímulo para o aprimoramento técnico dos professores
- Materiais e instalações acessíveis



- Existência de equipe multidisciplinar de apoio ao professor

A educação física na escola pode se constituir numa grande área de adaptação ao permitir a participação de crianças e jovens em atividades físicas adequadas às suas possibilidades, proporcionando-lhes a oportunidade de serem valorizados e se incluírem em um mesmo mundo. Porém, para que essa ideia seja bem-sucedida, os programas de educação física devem conter desafios direcionados a todos os alunos, permitindo a participação de todos, promovendo a autonomia e enfatizando o potencial de cada um (CIDADE e FREITAS, 2002). Entretanto, não basta que as crianças estejam presentes nas aulas de Educação Física se não estiverem participando de fato. A educação física pode e deve ser uma área de conhecimento com condições de contribuir para o desenvolvimento e a formação de todos os alunos ao longo da vida, independentemente de possíveis deficiências. Assim, a escola não pode permitir que crianças e jovens com deficiências sejam simplesmente dispensados das aulas de Educação Física e deve promover discussões e reflexões dos professores e de toda a comunidade escolar nesse sentido (MAZZOTTA e D'ANTINO, 2011). O ambiente escolar pode ser um dos responsáveis por oferecer um espaço adequado para o desenvolvimento de atividades que estimulem alunos com deficiências a explorar todo seu potencial criativo. Deveria ser dado à criança o direito de explorar, vivenciar e questionar seu corpo, por meio de atividades diversificadas que estimulassem o pensar e o convívio social. Apenas assim a educação física na escola regular poderá de fato cumprir seu papel maior: colaborar na formação de cidadãos conscientes da importância da prática da atividade física e aptos para conviver com toda a diferença entre os indivíduos.

6. A prática esportiva entre pessoas com deficiência no Brasil

O esporte para pessoas com deficiência iniciou-se como uma tentativa de colaborar no processo terapêutico e logo cresceu e ganhou muitos adeptos. Atualmente, mais do que terapia, o esporte para essa população atingiu um status de alto rendimento, e o nível técnico dos atletas impressiona cada vez mais o público e os estudiosos da área das AFEs.

O segmento do esporte adaptado para pessoas com deficiência certamente ainda carece de divulgação, e muitas nem ao menos sabem o que ele significa. Esse fato impossibilita que muitos indivíduos com algum tipo de deficiência tenham acesso à prática esportiva e usufruam seus benefícios, dentre os quais, podemos destacar,



além da melhora geral da aptidão física, o ganho de independência e autoconfiança para a realização das atividades diárias, além da melhora do autoconceito e da autoestima.

Pode-se dizer que o grande avanço da prática esportiva por pessoas com deficiência aconteceu após a Segunda Guerra Mundial, a partir de meados da década de 1940. Ao término da guerra, muitos soldados voltaram para seus países com diversos tipos de mutilação e distúrbios motores, visuais e auditivos. Essa situação forçou os governos e as instituições a tomar uma série de providências para proporcionar aos veteranos de guerra melhor condição de vida. Com essa preocupação evidenciada, muitas pessoas com deficiência começaram a ter acesso à prática esportiva, e muitas pesquisas evoluíram para tornar a vida dessas pessoas mais digna e saudável (GREGUOL e COSTA, 2013).

No Brasil, o início das práticas esportivas para pessoas com deficiência ocorreu no ano de 1958, com a fundação de clubes em São Paulo e no Rio de Janeiro. Aos poucos, outros clubes foram sendo fundados em todas as regiões brasileiras, porém com nítido predomínio nas regiões Sul e Sudeste. Em 1972, o Brasil teve sua primeira participação em Jogos Paralímpicos e, desde então, vem sendo representado por delegações cada vez maiores e com mais conquistas. Cabe ressaltar que o movimento paralímpico gerou um grande crescimento e visibilidade do esporte para pessoas com deficiência em nosso país, especialmente a partir dos Jogos de 2004, em Atenas, com maior divulgação na mídia e incentivo aos projetos de formação esportiva. A maior cobertura televisiva por conta dos Jogos Paralímpicos no Rio de Janeiro, em 2016, além da atração de mais de 240 mil turistas para o local nessa ocasião, também fez com que grande parte da sociedade passasse a conhecer essa possibilidade de prática esportiva (CPB, 2016). O crescimento do esporte adaptado pode favorecer gerações futuras de pessoas com deficiência, fazendo, também, com que a sociedade descubra novas possibilidades e encare essas pessoas de maneira mais positiva. Assim, a prática esportiva pode ser vista como um elemento-chave para a inclusão, o acesso à comunidade e a igualdade de oportunidades (BLAUWET e WILLICK, 2012).

Muitos são os benefícios que podem ser destacados da prática esportiva por pessoas com deficiência, tanto no domínio físico como nos aspectos psicológico e social (QUINTANA e NEIVA, 2008; YAZICIOGLU et al., 2012). Alguns pontos a serem destacados são o aumento na capacidade funcional, a promoção da saúde, o desenvolvimento de relacionamentos sociais e do otimismo, a inclusão em atividades sociais, a melhora na autoconfiança, a autoeficácia, a autoestima, além do aprimoramento da qualidade de vida (WILHITE e SHANK, 2009). Só o fato de



conhecer o esporte, mesmo sem praticá-lo, já é benéfico, pois melhora a percepção sobre a deficiência, tornando mais positiva a visão sobre as possibilidades de pessoas com essa condição (PERRIER, SHIRAZIPOUR e LATIMER-CHEUNG, 2015).

A participação em atividades esportivas recreativas ou competitivas em idades mais jovens pode gerar uma influência positiva na saúde a longo prazo e no desenvolvimento global. Em 2004, a Academia Americana de Pediatria editou normas específicas destacando recomendações sobre a prática de atividades físicas para crianças com deficiência. Segundo a Academia, essas crianças apresentam aptidão física mais precária, maior risco de obesidade e maior tendência ao comportamento sedentário, o que torna fundamental a criação de programas de iniciação esportiva para aumentar as oportunidades de prática (WILSON e CLAYTON, 2010).

No Brasil, embora não existam diretrizes específicas sobre o assunto, especula-se que crianças e adolescentes com deficiência tenham muito mais dificuldades de acesso aos programas de AFEs disponíveis do que seus pares sem deficiência. Na tentativa de reverter esse quadro, algumas ações do Ministério de Esporte, em conjunto com o Comitê Paralímpico Brasileiro, têm buscado fomentar a prática esportiva nessa população. Uma dessas iniciativas foi a criação do Programa Segundo Tempo – Paradesporto (PST – Paradesporto), que se apresenta como um espaço no qual todos os beneficiados participam das atividades esportivas, em ambientes diversificados e com desenvolvimento de trabalhos pedagógicos direcionados. O PST – Paradesporto, um projeto especial do Programa Segundo Tempo desenvolvido pela Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social do Ministério Esporte, destina-se a democratizar o acesso à prática esportiva por pessoas com deficiência, seguindo os princípios do esporte educacional, especialmente os de não seletividade, hipercompetitividade e universalidade. O Programa Segundo Tempo – Paradesporto tem como público alvo, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens com deficiência a partir de 6 seis anos de idade (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2016). Ainda como forma de estimular a prática esportiva entre jovens com deficiência, desde 2010, a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em parceria com o Comitê Paralímpico Brasileiro, promove as Paralimpíadas Escolares. Maior evento do gênero da América Latina, ele reúne todos os anos cerca de 800 estudantes de todo o país com deficiência física, visual ou intelectual, com faixa etária de 12 a 19 anos e que estejam regularmente matriculados em escolas do ensino fundamental, médio ou especial.

Além dessas ações específicas, o Ministério do Esporte apresenta como proposta incluir também a participação de pessoas com deficiência em outros projetos de fomento à prática em todo o país, como o Esporte e Lazer da Cidade (PELC). Criado em 2003, o PELC, busca proporcionar a prática de atividades físicas, culturais e de lazer envolvendo todas as faixas etárias e também pessoas com deficiência. O programa estimula, ainda, a convivência social e a formação de gestores e lideranças comunitárias e favorece a pesquisa e a socialização do conhecimento, contribuindo para que o esporte e o lazer sejam tratados como política e direito de todos. Outra ação, mais direcionada a indivíduos idosos, é o Programa Vida Saudável, que, na sua essência, oferece a oportunidade da prática de exercícios físicos e atividades culturais e de lazer para o cidadão idoso, estimulando a convivência social, a formação de gestores e lideranças comunitárias, a pesquisa e a socialização do conhecimento (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2016).

Apesar dessas iniciativas por parte dos órgãos governamentais, sabe-se que boa parte dos programas de iniciação e treinamento esportivo atualmente no Brasil é proveniente de ações não governamentais, especialmente aquelas vinculadas pelas organizações sem fins lucrativos criadas especificamente para o atendimento a pessoas com deficiência. No caso do esporte paralímpico, atualmente, são vinculadas ao Comitê Paralímpico Brasileiro 649 entidades esportivas espalhadas pelos 27 estados brasileiros, embora esse número possa ser maior, já que algumas entidades esportivas para pessoas com deficiência não são vinculadas diretamente ao CPB. O Quadro 5 a seguir ilustra como as entidades esportivas para pessoas com deficiência estão espalhadas pelo país.

Quadro 5: Entidades esportivas filiadas ao Comitê Paralímpico Brasileiro

Norte = 43	Nordeste = 100	Centro-Oeste = 60	Sudeste = 289	Sul = 157
AC = 3	AL = 7	DF = 16	ES = 17	PR = 48
AP = 4	BA = 18	GO = 15	MG = 46	RS = 56
AM = 9	CE = 13	MS = 15	RJ = 46	SC = 53
PA = 18	MA = 6	MT = 14	SP = 180	
TO = 4	PB = 9			
RR = 1	PE = 19			
RO = 4	PI = 7			
	RN = 15			
	SE = 6			
TOTAL = 649 entidades				

Fonte: CBP (2016).

Observa-se, pela distribuição apresentada, que existe forte concentração das entidades esportivas vinculadas ao CPB nas regiões Sul e Sudeste, apesar de, segundo dados do censo de 2010 (IBGE, 2012), estas serem regiões brasileiras com menor prevalência de casos de deficiência quando comparadas às regiões Norte e Nordeste. Por outro lado, a região Norte, apesar de sua extensa área territorial, apresenta apenas 43 entidades esportivas voltadas a pessoas com deficiência. Outro ponto a se considerar é que, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a maior parte das entidades esportivas concentra-se nas capitais ou nas grandes regiões metropolitanas, não privilegiando cidades mais interioranas (CPB, 2016). Assim, pode-se considerar que a expansão da prática esportiva para pessoas com deficiência em nosso país, de modo a torná-la de fato acessível e democrática a todos, ainda é um desafio, especialmente nas regiões mais carentes.

Da mesma forma como ocorre no esporte paralímpico, nas Olimpíadas Especiais, movimento focado em atletas com deficiência intelectual e síndrome de Down, a distribuição, no Brasil, ainda é muito desigual. Atualmente, as entidades esportivas pertencentes ao movimento estão em 11 estados brasileiros mais o Distrito Federal, novamente privilegiando as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Ao final de 2015, a estimativa do movimento Olimpíadas Especiais Brasil era de que houvesse 53 mil atletas vinculados no país, provenientes, sobretudo, das APAEs (Associação de Pais e Amigos do Excepcional) (SPECIAL OLYMPICS, 2016).

Por fim, especificamente as práticas esportivas para atletas com deficiência auditiva, administradas pela Confederação Brasileira de Desportos para Surdos (CBDS, 2016), contam atualmente com cerca de 2 mil atletas em todo o país. Nesse caso, a prevalência de entidades vinculadas ocorre nos estados do Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, porém, novamente, privilegiando as regiões metropolitanas e as capitais dos estados. Há de se destacar que, diferentemente do que ocorre no movimento paralímpico, a CBDS e as Olimpíadas Especiais Brasil possuem recursos muito mais escassos para a realização de programas de iniciação e treinamento esportivo, justamente pelo fato de não estarem vinculadas diretamente ao CPB. Essa realidade desigual prejudica a divulgação das práticas esportivas destinadas a atletas com deficiência auditiva e intelectual em nosso país, além de inibir o surgimento de novos projetos destinados a essas populações.

No entanto, ainda que sejam claros os benefícios advindos da prática esportiva por pessoas com deficiência, além do fato de esta ser vista como um direito fundamental a ser garantido pelo poder público, alguns pontos devem ser observados ao se falar especialmente do alto rendimento competitivo. A busca por resultados cada vez mais elevados por atletas com deficiência tem levado a uma



hipercompetitividade, estimulada pela maior cobertura dos meios de comunicação, por prêmios e por patrocínios envolvidos. Embora os bons resultados possam ser vistos como uma possibilidade ímpar de divulgação do esporte adaptado e das potencialidades de atletas com deficiência, por outro lado, podem aumentar os riscos de lesões esportivas por treinamentos excessivos, pela ideia da “vitória a qualquer custo”, além de casos de doping, que, infelizmente, estão se tornando mais comuns a cada ano. Dessa forma, também no esporte para pessoas com deficiência, é preciso que se encontre um ponto de equilíbrio, de modo que a obtenção da excelência competitiva não passe a justificar condutas imorais e/ou ilegais por parte dos envolvidos.

Em suma, constata-se que o esporte para pessoas com deficiência vem ganhando notoriedade e novos adeptos em todo o Brasil, com maior evidência nos estados mais abastados e nas regiões metropolitanas e entre pessoas com deficiências motoras, visuais ou intelectuais ligadas ao movimento paralímpico (CARDOSO, 2011). No entanto, visto ser a prática esportiva um direito assegurado pela legislação às pessoas com deficiência, é preciso ainda investir em formação de profissionais para atuarem com essa população, além de melhorar a acessibilidade aos programas já existentes e fomentar a criação de novos programas de iniciação esportiva.

7. Perspectivas na área da atividade física e esportiva para pessoas com deficiência– Como oportunizar a participação?

Não resta dúvida de que o acesso de pessoas com deficiência à prática de AFEs é uma questão iminente em saúde pública. Além de direito básico garantido em lei, essa prática deve ser fomentada em todo o país, sobretudo pelo seu potencial no sentido de favorecer a inclusão social e a melhor aceitação da deficiência pela própria pessoa e pela sociedade de um modo geral. Ressalta-se, nesse sentido, que o desenvolvimento do país passa obrigatoriamente pela condição oferecida às pessoas com deficiência para o pleno exercício de sua cidadania, com oportunidades de acesso à educação, à saúde e ao trabalho (BARROZO et al., 2012; DUROCHER, LORD e DEFRANCO, 2012).

É preciso lembrar que pessoas com deficiência vivem nas mesmas comunidades que seus pares sem deficiência. Assim, mais do que incentivar a criação de programas específicos para o atendimento a esse público, é preciso que o poder público promova alguns elementos de adaptação nos programas já



existentes, no sentido de possibilitar a inclusão de todas as pessoas (RIMMER, 2011). Da mesma forma, garantir que a legislação seja amplamente aplicada na prática é outra premissa fundamental, no que se refere ao acesso às AFEs tanto na escola quanto nos espaços públicos e nos serviços públicos de saúde.

Ao pensarmos que uma parcela significativa da população brasileira não pratica atividades físicas e que esse fato é agravado com o avançar da idade, torna-se extremamente relevante o planejamento de políticas públicas focadas em disseminar o conhecimento sobre a importância dessa prática, bem como em facilitar o acesso àqueles interessados em aderir a ela. No caso de pessoas com deficiência, além da disseminação do conhecimento a elas próprias e suas famílias, deve-se objetivar o esclarecimento aos profissionais de saúde envolvidos e a toda a sociedade sobre suas reais possibilidades, para que elas não deixem de ser incluídas nas práticas existentes quando esse procedimento for possível. Ressalta-se que, no âmbito da atividade física, barreiras físicas e socioculturais podem ser agravadas pelas barreiras atitudinais em relação à pessoa com deficiência (BARROZO, 2012).

Assim, é imperativo que os governos municipais, estaduais e nacional busquem estratégias para reverter o grave quadro de iniquidade de acesso às AFEs por pessoas com deficiência. Algumas possibilidades são destacadas a seguir (RIMMER, LAI e YOUNG, 2016):

- Análise e possível adequação dos cursos de formação de profissionais de educação física, de forma a prepará-los para atuarem com pessoas com deficiência, tanto em projetos específicos como inclusivos. Oferecimento de formação continuada, com opção de cursos não presenciais.
- Inclusão, nos cursos de graduação na área da saúde, de disciplinas que abordem temas relacionados à deficiência, para que os futuros profissionais sejam capazes de prestar atendimento adequado a pessoas com essa condição.
- Realização de levantamentos oficiais com base populacional em todas as regiões do país sobre a realidade da prática de AFEs entre pessoas com deficiência, assim como sobre as barreiras enfrentadas e os possíveis facilitadores.
- Sensibilização dos gestores, no âmbito da saúde pública, sobre a importância da inclusão de pessoas com deficiência nos programas de promoção da saúde, também naqueles focados na prática de atividade física.

- Realização de palestras educacionais nas comunidades com pessoas com deficiência e familiares, esclarecendo sobre os benefícios e as possibilidades da prática de AFEs.
- Oportunização do acesso aos materiais adaptados e à tecnologia assistiva, de modo a potencializar a autonomia e facilitar a prática de AFEs.
- Adequação dos espaços e transportes públicos de modo a torná-los acessíveis a todas as pessoas, de acordo com as Normas Brasileiras de Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos (ABNT, 2004).

Especial ênfase também deve ser colocada nas ações destinadas à escola, já que, para muitos jovens com deficiência, as atividades oferecidas nesse ambiente são a única oportunidade de ter acesso a essa prática social. Assim, parcerias entre setores educacionais e instituições específicas de atendimento a pessoas com deficiência podem ser uma estratégia para o crescimento e a oportunização de programas de iniciação esportiva para essa população, não apenas visando à formação de futuros atletas, mas também à possibilidade de uma inserção precoce em uma atividade capaz de promover a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida em vários aspectos.

Existe grande expectativa de que, com a realização recente dos Jogos Paralímpicos no Rio de Janeiro, em 2016, e a conseqüente visibilidade dos mesmos na grande mídia, mais oportunidades sejam oferecidas para que pessoas com deficiência tenham acesso a programas de AFEs, não apenas pela criação de novos programas, mas também pela inclusão naqueles já existentes. Com toda a divulgação dos jogos, espera-se que muitas pessoas com deficiência vislumbrem a possibilidade de buscar alguma prática, e, ainda, que a sociedade de um modo geral comece a ver de maneira mais otimista as possibilidades diferenciadas dessas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora ainda exista uma parcela significativa da população composta por pessoas com deficiência que não tem acesso à prática de atividades físicas e esportivas, gradualmente o quadro vem sendo modificado, quer seja pela maior



divulgação da matéria na grande mídia, quer seja pela mudança de comportamento das próprias pessoas com deficiência, cada vez mais em busca de sua cidadania.

A construção de estigmas, estereótipos, padrões de beleza, dentre outras formas simbólicas, pode estimular atitudes positivas ou negativas da sociedade em relação às pessoas com deficiência. Da mesma forma, os fatores contextuais de ordem pessoal, social ou ambiental podem tanto favorecer como dificultar a participação dessas pessoas em programas de AFEs.

Ao falarmos de AFEs para crianças e adolescentes com deficiência, devemos pensar em possibilidades diferenciadas. Não podemos acreditar no êxito dessas atividades se os profissionais que vão atuar com essa população não forem capazes de perceber os jovens que estão por trás das cadeiras de rodas, das bengalas, das muletas e dos aparelhos auditivos.

Embora as dificuldades de acessibilidade arquitetônica existam, e devam ser eliminadas, as barreiras impostas pela falta de informação e pelo preconceito conseguem ser ainda mais nocivas. De nada vão adiantar os instrumentos legais criados para garantir o acesso de todos os jovens às práticas de AFEs voltadas para o lazer, a educação, a saúde e a promoção social se não tivermos profissionais aptos e seguros para lidar com essa realidade. Nenhuma política pública será frutífera se os profissionais responsáveis pelos programas de AFEs para jovens não conseguirem enxergar naqueles com deficiência potenciais enormes a serem explorados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT. **NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2004.

ACSM – American College of Sports Medicine, 2016. Disponível em: <www.acsm.org>.

ASLAN, U. B.; CALIK, B. B.; KITIŞ, A. **The effect of gender and level of vision on the physical activity level of children and adolescents with visual impairment**. Research in developmental disabilities, v. 33, n. 6, pp. 1799-1804, 2012.

BARROZO, A. F. et al. **Acessibilidade ao esporte, cultura e lazer para pessoas com deficiência**. Cadernos de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento, v. 12, n. 2, pp. 16-28, 2012.

BAUMAN, A. E. **Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review. 2000-2003**. Journal of Sports Science and Medicine, v. 7, n. 1, pp. 6-19, 2004.

BAUMEL, R. C. R. C.; CASTRO, A. M. **Formação de professores e a escola inclusiva – questões atuais**. Integração, Brasília, v. 14, n. 24, pp. 6-11, 2002.

BEYER, H. O. **A educação inclusiva: incompletudes escolares e perspectivas de ação**. Revista Cadernos de Educação Especial, Santa Maria, n. 22, pp. 33-42, 2003.

BLAUWET, C.; WILLICK, S. E. **The Paralympic Movement: using sports to promote health, disability rights, and social integration for athletes with disabilities**. PM&R, v. 4, n. 11, pp. 851-856, 2012.

BODDE, A. E.; SEO, D. C.; FREY, G. **Correlation between physical activity and self-rated health status of non-elderly adults with disabilities**. Preventive Medicine, v. 49, pp. 511-514, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

_____. **Lei de diretrizes e bases da educação**. Brasília: Imprensa Oficial, 1996.

_____. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – decreto legislativo**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos,



Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

_____. **Estatuto da Pessoa com deficiência.** Brasília: Imprensa Oficial, 2013a.

_____. **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Brasília: SNPD, 2013b.

_____. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Imprensa Oficial, 2015.

BULT, M. K. et al. **What influences participation in leisure activities of children and youth with physical disabilities?** A systematic review. *Research in developmental disabilities*, v. 32, n. 5, pp. 1521-1529, 2011.

CARDOSO, V. D. **A reabilitação de pessoas com deficiência através do esporte adaptado.** *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 33, n. 2, 2011.

CASTRO, E. M. et al. **Educação física adaptada inclusiva: impacto na aptidão física de pessoas com deficiência intelectual.** *Revista Ciência em Extensão*, v. 9, n. 1, pp. 35-61, 2013.

CBDS. 2016. Disponível em: <www.cbds.org.br>.

CERVANTES, C. M.; PORRETA, D. L. **Physical activity measurement among individuals with disabilities: a literature review.** *Adapted Physical Activity Quarterly*, Champaign, v. 27, pp.173-190, 2010.

CIDADE, R. E.; FREITAS, P. S. **Educação física e inclusão: considerações para a prática pedagógica na escola.** *Integração*, Brasília, v. 14, pp. 26-30, 2002, edição especial.

CPB. 2016. Disponível em: <www.cpb.org.br>.

DEVINE, M.A. **Leisure-Time Physical Activity: Experiences of College Students With Disabilities.** *Adapted Physical Activity Quarterly*, v. 33. pp. 176-194, 2016.

DRUM, C. E.; KRAHN, G. L.; BERSANI, H. **Disability and Public Health.** *Adapted Physical Activity Quarterly*, v. 27, pp. 258-259, 2010.

DUROCHER, J.; LORD, J.; DEFRANCO, A. **Disability and global development.** *Disability and health journal*, v. 5, n. 3, pp. 132-135, 2012.

EINARSSON, I. et al. **Physical activity during school and after school among youth with and without intellectual disability.** Research in Developmental Disabilities, v. 56, pp. 60-70, 2016.

GREGUOL, M. **Atividades Físicas e Esportivas para crianças e adolescentes com deficiência.** In: DE ROSE JÚNIOR, D. Esporte e atividade física na infância e na adolescência: Uma abordagem multidisciplinar. São Paulo, ARTMED, 2009.

GREGUOL, M.; COSTA, R. F. **Atividade Física Adaptada – qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais.** Barueri: Manole, 2013.

GREGUOL, M.; GOBBI, E.; CARRARO, A. **Formação de Professores para a Educação Especial: uma Discussão Sobre os Modelos Brasileiro e Italiano.** Revista Brasileira de Educação Especial, v.19, n.3, pp.307-324, 2013.

GUIMARÃES, A. **Inclusão que funciona.** Revista Escola, São Paulo, pp. 43-47, set. 2003.

GUTIERRES FILHO, P. et al. **Revisão sistemática da produção científica relacionada à qualidade de vida e atividade física de pessoas com deficiência visual.** Rev. Digital Buenos Aires, v. 14, n. 142, 2010.

HASKELL, W. L. et al. **Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association.** Circulation, v. 28, pp. 1081-1093, 2009.

HINCKSON, E. A. et al. **Physical activity, dietary habits and overall health in overweight and obese children and youth with intellectual disability or autism.** Research in Developmental Disabilities, v. 34, pp. 1170-1178, 2013.

HOLBROOK, E. A.; KANG, M.; MORGAN, D. W. **Acquiring a Stable Estimate of Physical Activity in Adults With Visual Impairment.** Adapted Physical Activity Quarterly, v. 30, pp. 59-69, 2013.

IBGE. **Censo Demográfico – 2000.** Brasília, Imprensa Oficial, 2000.

_____. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com deficiência.** Brasília: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), 2012.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde.** 2013. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.



- KIM, J. et al. **A study of health perception, disability acceptance, and life satisfaction based on types of leisure activity among Koreans with a physical disability.** Applied Research in Quality of Life, pp. 1-14, 2016.
- KORITSAS, S.; IACONO, T. **Weight, nutrition, food choice, and physical activity in adults with intellectual disability.** Journal of Intellectual Disability Research, 2016.
- LEHNHARD, G. R.; MANTA, S. W.; PALMA, L. E. **A prática de atividade física na história de vida de pessoas com deficiência física.** Revista da Educação Física/UEM, pp. 45-46, 2012.
- LOLLAR, D. J. **Public Health and Disability: Emerging Opportunities.** Public Health Reports, v. 117, n. 2, pp. 131-136, 2002.
- MARTIN, J. J. **Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective.** Disability and Rehabilitation, v. 35, n. 24, pp. 2030-2037, 2013.
- MAZZOTTA, M. J. S.; D'ANTINO, M. E. F. **Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer.** Saúde e Sociedade, v. 20, n. 2, pp. 377-389, 2011.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO DO BRASIL. 2016. Disponível em:<<http://www.mec.gov.br>>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- MINISTÉRIO DO ESPORTE. **Diagnóstico Esporte Brasil.** Brasília: Imprensa Oficial, 2013.
- _____. 2016. Disponível em:<www.esporte.gov.br>.
- MORGADO, F. F. R. et al. **Facilitadores e barreiras percebidos por pessoas com cegueira congênita para a prática de atividade física.** Revista Brasileira de Educação Especial, 2013.
- MORGADO, T.; SOUTO, E. C.; GREGUOL, M. **Perceived barriers and facilitators to physical activity and sport in adults with spinal cord injury: a case study in João Pessoa-PB.** In: ICSEMIS 2016 Proceedings. Santos: Universidade Federal de São Paulo, 2016.

MOTL, R. W.; MCAULEY, E. **Physical activity, disability, and quality of life in older adults.** Physical medicine and rehabilitation clinics of North America, v. 21, n. 2, pp. 299-308, 2010.

NOCE, F.; SIMIM, M. A. M.; MELLO, M. T. **A Percepção de Qualidade de Vida de Pessoas Portadoras de Deficiência Física Pode ser Influenciada Pela Prática de Atividade Física?** Rev. Bras. Med. Esporte, v. 15, n. 3, mai./jun. 2009.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. **Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola.** Interface, v. 13, n. 28, pp. 177-88, 2009.

PAHOR, M. et al. **Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial.** Jama, v. 311, n. 23, pp. 2387-2396, 2014.

PEDRINELLI, V. J.; VERENGUER, R. C. G. **Educação física adaptada: introdução ao universo das possibilidades.** In: GREGUOL, M.; COSTA, R. F. Atividade Física Adaptada – qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. 3ª edição. Barueri: Editora Manole, 2013.

PERRIER, M. J.; SHIRAZIPOUR, C. H.; LATIMER-CHEUNG, A. E. **Sport participation among individuals with acquired physical disabilities: Group differences on demographic, disability, and Health Action Process Approach constructs.** Disability and health journal, v. 8, n. 2, pp. 216-222, 2015.

QUINTANA, R.; NEIVA, C. M. **Fatores de risco para síndrome metabólica em cadeirantes: jogadores de basquetebol e não praticantes.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, pp. 188-191, 2008.

RAUCH, A. et al. **Do people with spinal cord injury meet the WHO recommendations on physical activity?** International journal of public health, v. 61, n. 1, pp. 17-27, 2016.

RIMMER, J. H. et al. **Physical Activity Participation Among Persons with Disabilities Barriers and Facilitators.** American Journal of Preventive Medicine, v. 26, n. 5, pp. 419-425, 2004.

RIMMER, J. H. **Health Promotion for People With Disabilities: The Emerging Paradigm Shift From Disability Prevention to Prevention of Secondary Conditions.** Physical Therapy, v. 79, n. 5, pp. 495-502, 1999.



_____. **Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities.** Disability and Rehabilitation, v. 28, n. 17, pp. 1087-1095, 2006.

_____. **Promoting Inclusive Community-Based Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents with Disabilities: The Why and How.** Childhood Obesity, v. 7, n. 3, pp. 177-184, 2011.

RIMMER, J. H.; LAI, B.; YOUNG, H. J. **Bending the Arc of Exercise and Recreation Technology Toward People with Disabilities.** Archives of physical medicine and rehabilitation, 2016.

RIMMER, J. H.; MARQUES, A. C. **Physical activity for people with disabilities.** The Lancet, v. 18, pp. 193-195, 2012.

RODRIGUES, D. **A Educação física perante a educação inclusiva: reflexões conceituais e metodológicas.** Revista da Educação Física da UEM, Maringá, v. 14, n. 1, pp. 67-73, 2003.

SAEBU, M.; SORENSEN, M. **Factors associated with physical activity among young adults with a disability.** Scand J Med Sci Sports, v. 21, pp. 730-738, 2011.

SEBURG, E. M. et al. **Disability and Discussions of Health-Related Behaviors Between Youth and Health Care Providers.** Journal of Adolescent Health, v. 57, pp. 81-86, 2015.

SERON, B. B. et al. **Prática de atividade física habitual entre adolescentes com deficiência visual.** Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 26, n. 2, pp. 231-239, 2012.

SERON, B. B.; ARRUDA, G. A.; GREGUOL, M. **Facilitadores e barreiras percebidas para a prática de atividade física por pessoas com deficiência motora.** Revista Brasileira de Ciências do Esporte, v. 37, n. 3, pp. 214-221, 2015.

SHIELDS, N.; SYNNOT, A. J., BARR, M. **Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review.** Br J Sports Med, v. 46, pp. 989-997, 2012.

SILVA, A. J.; DUARTE, E.; ALMEIDA, J. J. G. **Campeonato escolar e deficiência visual: o discurso dos professores de educação física.** Movimento (ESEF/UFRGS), v. 17, n. 2, pp. 37-55, 2011.



SNPD. 2016. Disponível em: <[http:// www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia)>.

SOLER, R. **Educação física inclusiva na escola: em busca de uma escola plural**. Rio de Janeiro: Sprint, 2005.

SPECIAL OLYMPICS. 2016. Disponível em: <www.specialolympics.org>.

TALIAFERRO, A. R.; HAMMOND, L. **“I Don’t Have Time”**: Barriers and Facilitators to Physical Activity for Adults With Intellectual Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, v. 33, pp. 113 -133, 2016.

UN. **Convention on the Rights of Persons with Disabilities**. 2007.

_____. **Global Status Report on Disability and Development**. 2015.

VALIS, J.; GONZALEZ, M. **Physical activity differences for college students with disabilities**. *Disability and Health Journal*, pp. 1-6, 2016.

VASUDEVAN, V.; RIMMER, J. H.; KVIZ, F. **Development of the Barriers to Physical Activity Questionnaire for People with Mobility Impairments**. *Disability and Health Journal*, v. 8, pp. 547-556, 2015.

WHO. **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. World Health Organization, The World Bank, 2001.

_____. **Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities**. World Health Organization, The World Bank, 2006.

_____. **World report on disability 2011**. World Health Organization, The World Bank, 2011.

_____. 2016. Disponível em: <[http:// www.who.int](http://www.who.int)>.

WILHITE, B.; SHANK, J. **In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability**. *Disability and Health Journal*, v. 2, n. 3, pp. 116-127, 2009.

WILSON, P. E.; CLAYTON, G. H. **Sports and disability**. *PM&R*, v. 2, n. 3, pp. S46-S54, 2010.

YAMAKI, K. et al. **Prevalence of obesity-related chronic health conditions in overweight adolescents with disabilities**. *Research in Developmental Disabilities*, v. 32, pp. 280-288, 2011.

YAZICIOGLU, K. et al. **Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with**



physical disabilities. Disability and health journal, v. 5, n. 4, pp. 249-253, 2012

