



BASQUETE SOBRE RODAS: AVALIAÇÃO DO ARREMESSO DE PEITO DE ATLETAS AMADORES

Michelle de Fátima Gaiotto Pinto

Graciele Massoli Rodrigues

Marcelo Conte

Escola Superior de Educação Física de Jundiaí - Brasil

Resumo: O número de praticantes de basquetebol sobre rodas cresceu de forma considerável nos últimos tempos. A prática se tornou mais conhecida, despertando o interesse de pessoas com deficiência e profissionais de educação física para atuar na área. Para colaborar com a aplicação de atividades, avaliação diagnóstica e trabalho técnico e tático têm-se como objetivo avaliar o arremesso de peito de atletas do basquete em cadeira de rodas. Esta pesquisa caracterizou-se como qualitativa descritiva, tipo de amostra intencional e por acessibilidade. A metodologia utilizada foi a aplicação do teste de arremesso de medicineball e questionário. Para tanto, participaram desse estudo 09 atletas homens adultos, praticantes da modalidade na categoria amador e o respectivo técnico. Os dados foram analisados a partir dos escores de alcance nos testes e a análise dos dados dos questionários correlacionada com os resultados obtidos. Os atletas apresentaram força precária para a execução dos testes, tanto no arremesso de medicineball como no arremesso à parede lateral com deslocamento frontal e deslocamento lateral com arremesso frontal. Verificaram-se também dificuldades no arremesso e recuperação da bola quando ocorreu exigência de manipulação e mudança de direção com a cadeira simultaneamente. Conclui-se que deve ser realizado um treinamento de força paralelo às táticas e técnicas de jogo e ainda deve-se focar manejo da cadeira e movimentação, visto que a habilidade na cadeira é primordial para o deslocamento e posicionamento no jogo.

Palavras chave: Basquete sobre rodas, arremesso de peito, atletas amadores.

BASKETBALL ON WHEELS: EVALUATION OF THE THROW OF CHEST OF AMATEUR ATHLETES

Abstract: The number of practitioners of basketball on wheels has grown considerably so recently. The practice has become better known arousing the interest of persons with disabilities and physical education professionals to work in the area. To assist with the implementation of activities, diagnostic evaluation and technical and tactical work has been conducted to evaluate the pitch in the bosom of basketball athletes in wheelchairs. This research was characterized as qualitative descriptive, type of sample intentional and accessibility. The methodology was used by the application of the test pitch of medicineball and questionnaire. For both, this study involved 09 male athletes adult practitioners of the sport in the amateur category and the technician. The data were analyzed from the range of scores in tests and analysis of data from questionnaires correlated with the results. The athletes showed strength precarious for the implementation of the tests, both in pitch to pitch in medicineball as the front side with displacement and dislocation with lateral frontal

pitch. There were also difficulties on the pitch and recovery of the ball when there was demand for manipulation and change of direction with the chair simultaneously. It was concluded that there was a need for strength training parallel to the tactics and techniques of game and yet you must focus on management and handling of the chair as the ability in the chair is vital to the movement and positioning in the game.

Key words: Basketball on wheels, pitch pectoris, amateur athletes.

INTRODUÇÃO

O basquete sobre rodas é uma “modalidade esportiva praticada por portadores de deficiência física em cadeira de rodas, com regras semelhantes ao basquetebol convencional” (CAMARGO NETTO & GONZALEZ, 1996 apud GREGUOL, 2001, p. 05). Para os mesmos autores, podemos ainda compreender que é um esporte que requer muita técnica e condicionamento físico, raciocínio, reflexos rápidos e ampla habilidade do manejo da cadeira e bola. Atleta, entendemos a partir de Barbanti (2003, p. 14), é “aquele que compete em esportes organizados e estruturados; popularmente diz-se das pessoas que adquiriram força e habilidades através do exercício e do treinamento”, que praticam a basquetebol sobre rodas. Para a prática dos diferentes esportes, há necessidade do domínio dos fundamentos que sustentam a modalidade. No basquete sobre rodas vários são os fundamentos inseridos, mas o objetivo é discutir a execução, especificamente do passe de peito que é o “executado com as duas mãos, ideal para distâncias curtas e médias; é um passe rápido e preciso”, segundo Coutinho (2003, p. 78).

QUADRO TEÓRICO

A II Guerra Mundial foi responsável pelo início de práticas adaptadas, visando a recuperação e reabilitação dos participantes. Nos anos 40, o imigrante alemão, Dr. Ludwig Guttmann, implantou um centro de lesados medulares no Hospital de Stoke Mandeville a convite do governo britânico. Em 1948, foi introduzido o primeiro programa organizado de esportes em cadeira de rodas, que tinha as motivações de confrontar as crenças médicas, nas quais os pacientes eram vistos como vítimas. Os torneios e exibições de basquete em cadeira de rodas começam em 1946, nos Estados Unidos; em 1952 são realizados os primeiros jogos internacionais em Mandeville, na Inglaterra, para lesados medulares (CIDADE e FREITAS, 2002).

Castro (2005) cita que o esporte para deficientes no Brasil iniciou-se na década de 50, sendo que em 1958 foi criado o Clube do Otimismo no Rio de Janeiro e o Clube dos Paraplégicos de São Paulo. No Maracãzinho, foi realizada a primeira partida de basquete sobre rodas entre essas equipes. A medalha de bronze foi conquistada na primeira participação internacional de nosso país na modalidade, em Buenos Aires (Argentina), no ano de 1969. Essa participação abriu espaço e trouxe uma grande evolução e abertura de espaço para o esporte para deficientes em âmbito nacional. Para o basquete sobre rodas foram feitas adaptações das regras do basquete amador, destinado aos deficientes físicos com comprometimento de membros inferiores. A quadra apresenta as mesmas dimensões do basquete regular e a bola utilizada é a mesma. A duração da partida também é de 40 minutos e a única diferença é a altura da tabela, que para o basquetebol sobre rodas fica a 2,43 metros do chão. Conforme determinação da regra, os atletas não podem ultrapassar os 10 centímetros de espessura do assento da cadeira. Considerando a classificação funcional, explicitado no decorrer do artigo, os de pontuação igual ou superior a 3,5, que são os menos afetados, devem usar assentos de 5 centímetros.

Segundo Coutinho (2003), os fundamentos técnicos do basquetebol sobre rodas são divididos em fundamentos de ataque e de defesa. Os fundamentos de ataque referem-se ao controle do corpo, controle da cadeira, controle da bola, drible, arremesso, passe e rebote. Os de defesa podem ser considerados também controle de corpo, controle da cadeira e posição defensiva e rebote. Assim, é fundamental ter bom controle de corpo e cadeira para esta prática.

Para montar uma equipe é necessário realizar uma classificação dos atletas de acordo com as funções motoras e técnicas que apresentam (FREITAS, 2000). Médicos e especialistas da área esportiva desenvolveram a primeira classificação, que foi denominada classificação médica, para lesados medulares parciais ou totais, em 1940, na Inglaterra, que mostrou-se ineficiente, problemática e trabalhosa com o passar do tempo. (CASTRO, 2005).

Em 1976, como tese de doutorado, o Dr. Horstt Strokhendl desenvolveu na Alemanha um sistema que diferencia as peculiaridades de cada modalidade, níveis de lesão e grau de comprometimento da deficiência, sendo utilizado em todos os esportes para deficientes físicos (CASTRO, 2005). Teixeira & Ribeiro (2006) dizem que esta classificação foi criada para dar oportunidade aos que possuem comprometimento significativo na mobilidade e valorizar as condições de movimento do atleta.

A classificação funcional de cada indivíduo varia entre 1.0 (lesão alta, maior comprometimento) a 4.5 pontos, de 0.5 em 0.5 pontos (menor comprometimento, como exemplo, uma pessoa amputada) (PEREIRA, 2008).

A individualidade do atleta e a especificidade de cada lesão é sempre considerada, pois a classificação vai obedecer ao comprometimento físico-motor e a escala será determinada por números 1, 2, 3, 4 e 4,5. Existem casos que possuem limitações muito próximas uma das outras e “com objetivo de facilitar a classificação e participação daqueles atletas que apresentam qualidades de uma e outra classe distinta, os chamados casos limítrofes, foram criadas quatro classes intermediárias: 1,5; 2,5; 3,5” (COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO, 2008, s/p.). O máximo de pontos que uma equipe pode ter em quadra são catorze, ou seja, a soma da pontuação de classificação dos cinco atletas em quadra não poderá ultrapassar esse valor, sendo assim punida por uma falta técnica caso cometa tal infração. Contudo, não há problemas em colocar em quadra total inferior a este.

Funções de tronco, de membros inferiores, de membros superiores e das mãos são os principais fatores que determinam a classe de um jogador; considerando-se como componentes individuais força, amplitude e coordenação (TEIXEIRA & RIBEIRO, 2006). Na primeira participação em competição oficial o atleta é avaliado. Após essa avaliação, sendo necessário, faz-se uma solicitação para outra avaliação, como em casos de lesão degenerativa ou em casos que ocorreram cirurgias. Especificamente nessas situações são realizadas avaliações periódicas.

Antonelli (2005) esclarece que no basquetebol encontramos lesados medulares, amputados e com seqüela da poliomielite. Esta se relaciona com problemas neurológicos ou ósteo musculares que afetam funções e estruturas do corpo, interferindo na locomoção ou movimentação do indivíduo.

Complementando as informações sobre as lesões que são comuns nos atletas de basquete sobre rodas, Antonelli (2005) clareia que as deficiências são classificadas pelo tempo ou duração da lesão, como se segue: Congênita (desde o nascimento), Adquirida (adquirida logo após nascer), Permanente (sem cura), Progressiva (que evolui aos poucos) e Não Progressiva (não evolui mais). Freitas (1997) cita as deficiências físicas que geralmente configuram os quadros de atletas de basquete sobre rodas, são elas: poliomielite, amputação e lesão medular.

Sob classificação funcional são montadas as equipes e isso pode torná-las mais competitivas, dependendo de sua organização estrutural. Para um bom desenvolvimento no basquete, o atleta precisa conhecer e desenvolver fundamentos defensivos: controle de corpo, de cadeira, posição defensiva e rebote; e ofensivos: controle de corpo, de cadeira, de bola, arremessos, dribles, passes e rebote (TEIXEIRA & RIBEIRO, 2006).

Compreendendo as propriedades dos fundamentos dentro de uma modalidade esportiva e observando que pode haver grandes comprometimentos de acordo com as lesões em atletas de basquete sobre rodas, visualizamos a possibilidade de discutir e analisar as correlações possíveis entre passe de peito e atletas de basquete sobre rodas. Isso se pauta na necessidade de compreender quais são as deficiências e potencialidades dos atletas para que haja aprimoramento da função técnica e tática de jogo. Nesse sentido, poderão se beneficiar do estudo profissionais da área esportiva que atuam com basquete sobre rodas.

OBJETIVO

Avaliar o arremesso de peito de atletas amadores do basquete em cadeira de rodas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa descritiva, possui tipo de amostra intencional e por acessibilidade. Foram sujeitos do estudo 09 homens adultos, jogadores de basquete sobre rodas amadores e também o técnico da equipe, pertencentes a uma equipe do interior de São Paulo. Os sujeitos após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Superior de Educação Física de Jundiá (CAAE – 0010.0.335.000-08) tornaram-se participantes do estudo. Os dados foram coletados através de Teste de Arremesso de Medicineball (Johnson e Nelson, 1979 apud Greguol, 2001), Teste de Habilidade de Passe de Peito e Recuperação da Bola (Tritschler, 2003) e questionário com perguntas abertas elaborados pelos pesquisadores.

Os materiais necessários para a realização dos testes foram fita adesiva, corda, trena, medicineball de 3 kg e bola de basquete.

Para o Teste de Arremesso de Medicineball, estendeu-se a trena no chão, prendendo-a com a fita adesiva; os atletas ficaram sentados na cadeira, com a corda não permitindo que desencostassem da cadeira, os pés deveriam estar na mesma direção do início da fita, tendo três oportunidades de arremessar a medicineball para frente, em que foi marcado o primeiro contato desta com o solo. Posteriormente, foi extraída a média entre os resultados obtidos nas três tentativas.

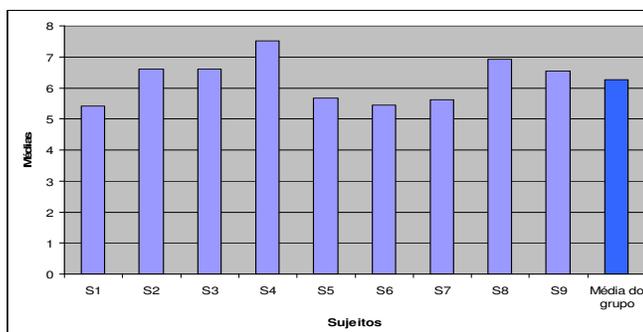
Para o Teste de Passe e Recuperação foram marcados alvos na parede de 61 cm x 61 cm, separados por uma distância também de 61 cm, a uma distância de 1, 52 m e 91,5 cm do chão, alternados, num total de seis quadrados. O teste foi adaptado à condição dos sujeitos cadeirantes tendo em vista que o protocolo original foi criado para sujeitos que o executariam em posição bípede e, conseqüentemente, não envolvia a propulsão da cadeira. O atleta a uma distância de 2,44m, ao sinal, em 30 segundos deveria executar o deslocamento frontal, realizando seis passes e recuperações (a cada passe o atleta deveria recepcionar a bola para arremessar no próximo alvo) pelo lado esquerdo, chegando ao sexto alvo e, imediatamente, deveria retornar frontalmente, realizando os mesmos seis passes e recuperações pelo lado direito. Em um segundo momento, os atletas realizaram passes frontais com deslocamentos laterais, envolvendo a habilidade de manipulação/propulsão da cadeira. Os seis alvos deveriam ser atingidos em trinta segundos devido à dificuldade de movimentação da cadeira.

Com relação ao questionário, 7 perguntas foram destinadas ao técnico a fim de fornecer informações a respeito do treino e preparo dos atletas para as competições. Já os atletas foram questionados sobre suas características quanto ao tempo de prática, lesão, facilidades, dificuldades e as implicações da prática desportiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

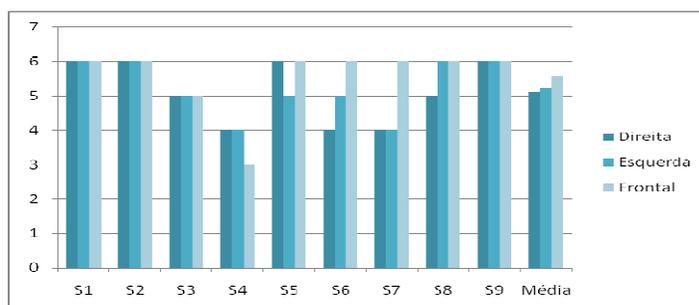
Os resultados serão apresentados em gráficos. Foi adotada a sigla **S** para garantir o anonimato dos atletas que receberam números para melhor distinção.

- Teste de arremesso de medicineball (Gráfico 1)

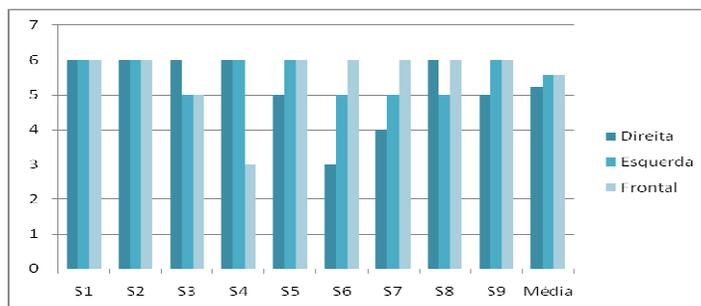


- Teste de arremesso de peito e recuperação com deslocamento frontal e lateral

Arremessos individuais comparados às médias gerais (Gráfico 2)



Recuperações individuais comparadas às médias gerais (Gráfico 3)



O grupo de nove atletas tem média de idade 32,3 anos, sendo que o atleta mais novo tem 22 anos e o mais velho, 46 anos. Tem como média de prática de atividade física 34,8 meses. Os atletas que assumem a posição de pivôs estão em igual número no grupo aos que são alas, sendo 44,45% atletas em cada uma dessas posições e 12,1% apenas a porcentagem de armadores.

Analisando separadamente cada um dos atletas, pudemos visualizar que S1 apresenta uma lesão torácica baixa (T11 e T12) e, segundo Kottke & Lehmann (1994) esse tipo de lesão não influencia no movimento de seus membros superiores. Porém, os resultados coletados apontam que seus arremessos de medicineball ficaram abaixo da média do grupo, conforme o gráfico 1. Já no arremesso de peito com deslocamento frontal e lateral, o atleta demonstrou grande habilidade em arremessar, recuperar e deslocar-se para novo arremesso (gráficos 2 e 3), ficando acima da média e realizando dentro do tempo solicitado. Isso indica que a habilidade na propulsão da cadeira é efetiva e reforça que há um desempenho abaixo da média do grupo, no que se

refere à distância alcançada, o que pode estar associado à força. Diante de seu desempenho, observa-se que um treinamento de força poderia trazer contribuições nos arremessos.

O S2 é um atleta amputado e obteve nos dois testes resultados acima da média, como podemos ver nos gráficos 1, 2 e 3. O comprometimento que o atleta apresenta não afeta os membros superiores, sendo amputação de 1/3 de coxa. Focar um treinamento de força e explorar a atuação na diferentes posições de jogo pode trazer grandes chances de melhorar muito seu desempenho, por ter demonstrado facilidade para realização do que lhe foi proposto.

S3 também pode ter um foco maior na sua atuação em diferentes posições na equipe, visto que tem a perna direita 2 cm menor no fêmur, com 9 pinos e uma placa, caso que não atrapalha a realização de movimentos próprios do basquete sobre rodas. O técnico deve aproveitar os dois treinos semanais com duração de uma hora e trinta a duas horas para explorar as possibilidades deste atleta, enfatizando as recepções de bola, porque o atleta apresentou dificuldade na recepção dos arremessos ao alvo (gráfico 3).

Já S4 também apresenta uma lesão na T11, apresentando este um melhor desempenho no teste de arremesso de medicineball, dado apresentado no gráfico 1. Mas foi possível verificar que não teve um bom desempenho no teste de arremesso e recuperação frontal, com deslocamento lateral (gráficos 2 e 3), pois exige rotação de tronco para recuperação, situação em que o atleta apresenta restrições para realização; indicamos a este indivíduo um treino com este objetivo.

Com lesão na T10, S5 ultrapassou o tempo determinado para as tentativas no segundo teste, de acordo com os gráficos 2 e 3; e no arremesso de medicineball, seu resultado ficou abaixo da média do grupo (gráfico 1). É necessário enfatizar no treino a potência. Importante considerar também a experiência de catorze anos do técnico atuando nesta modalidade, demonstrando a atividade para seus atletas, para melhor compreensão destes.

O atleta S6 é um caso a ser analisado mais atentamente, pois sua lesão encontra-se nas T5, T6, T7 com lesão clavicular e braço. Considerada lesão alta por Kottke & Lehmann (1994), esse tipo de lesão influencia a movimentação de membros superiores, o que implica e justifica a dificuldade ao arremessar à distância a medicineball de 3 kg, resultados que verificamos no gráfico 1. Foi verificado também deficiência no arremesso e recuperação da bola de basquete à parede (gráficos 2 e 3), realizados alguns movimentos com sucesso, mas com um tempo prolongado a partir do referencial determinado para tal execução. Como citado pelo técnico, cada caso é uma particularidade e precisa ser trabalhada.

S7 é um atleta que teve poliomielite, que segundo Antoneli (2005) afeta células do corno anterior da medula espinal; isto ocorreu devido ao indivíduo não ter tomado a vacina e as sequelas são desconhecidas e flutuantes. Sua descrição no relato é que tem pouca força no braço esquerdo, o que atrapalha um pouco o seu rendimento com relação à força necessária para o teste de arremesso de medicineball, verificado na correlação da sua execução, pois sua média ficou abaixo da média do grupo, dado que é apresentado no gráfico 1. Também nos arremessos e recuperações teve seu rendimento abaixo da média, fazendo acima dos 30 segundos pré-determinados e tendo dificuldades para recuperar a bola (gráficos 2 e 3).

A lesão de S8 é a mais baixa de todo o grupo e encontra-se na T12, dando-lhe maior facilidade e precisão nos movimentos de arremesso e recuperação da bola, de acordo com os gráficos 2 e 3. Porém, nota-se que por não ter realizado no tempo estimado, apresenta dificuldade de propulsão de cadeira com implicações na habilidade. Assim, indica-se um trabalho focado na mobilidade com a cadeira e posterior manuseio da bola simultaneamente (FREITAS, 1997).

Também na T12, considerada baixa por Kottke & Lehmann (1994), está localizada a lesão de S9. Este teve um rendimento inferior a S8 no arremesso de medicineball (gráfico 1) e melhor no teste de arremesso e recuperação (gráficos 2 e 3), conseguindo realizar no tempo solicitado, arremessando corretamente em direção ao alvo e recuperando a bola um maior número de vezes. A este sujeito da pesquisa também é indicado um maior treinamento de força de membros superiores para melhor desempenho na distância atingida pela bola em seus arremessos. O técnico diz fazer a iniciação em duplas nos treinos

de passe de peito; uma possibilidade é deixar os sujeitos mais afastados com bolas de medicineball para um melhor desempenho e rendimento.

A partir do teste de arremesso e recuperação foi possível analisar que estes sujeitos de pesquisa possuem maior facilidade em deslocar-se frontalmente com a cadeira, apresentando maior dificuldade para um deslocamento lateral, que no caso do teste, exigiu uma mudança rápida de direção e posicionamento da cadeira. Freitas (1997) tece considerações a respeito do domínio de corpo e da cadeira de rodas, considerando que o praticante de basquetebol sobre rodas terá que coordenar movimento de propulsão da cadeira, com freada e mudança de direção, não só para executar ou receber um passe, como também para se desvencilhar de um marcador; já que não é possível com esta realizar um deslocamento lateral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa foi possível conhecer a realidade do grupo avaliado a fim de entender a correlação da execução do passe de peito e as lesões dos atletas e, posteriormente, contribuir para o técnico com os resultados obtidos.

A partir dos dados coletados, verificou-se a necessidade de uma maior ênfase no treino de força, deslocamento com a cadeira e maior variação de práticas do passe de peito, ampliando as possibilidades e explorando os conhecimentos e experiências dos atletas. Pode-se considerar que houve grande influência do controle da cadeira nos resultados da execução do passe, mesmo considerando que cada atleta tem a sua particularidade.

É importante que o técnico continue enfatizando no treino o controle e deslocamento com a cadeira, visto que nos testes de arremesso à parede, principalmente no frontal com movimentação lateral, os atletas apresentaram maiores dificuldades.

Sugere-se que seja realizado um treinamento isolado das táticas do jogo com relação ao manejo da cadeira, focando maior controle e mudança de direção – habilidade em cadeira de rodas. Pontuamos ainda a necessidade de um treinamento de resistência muscular localizada para um melhor rendimento de força na propulsão, freadas e empunhaduras da cadeira, mas especificamente para viabilizar o uso da potência muscular nos arremessos. E isso pode ser planejado por um trabalho de musculação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONELLI, Cristiane Bonilha Borégio. **Habilidades motoras de atletas de basquetebol sobre rodas:** em estudo de caso da Associação Desportiva de Pessoas com Deficiência Física da Cidade de São Bernardo do Campo. Barueri: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2005 (Trabalho de Graduação Interdisciplinar)

BARBANTI, Valdir J. **Dicionário de Educação Física e do Esporte.** Barueri: Manole, 1994.

CASTRO, Elaine Mauerberg de. **Atividade Física Adaptada.** Ribeirão Preto: Tecmedd, 2005.

CIDADE, Ruth Eugênic; FREITAS, Patrícia Silvestre de. **Introdução à Educação Física e ao Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência.** Curitiba: Editora UFPR, 2002.

COMITÊ PARAOLÍMPICO BRASILEIRO. Disponível em <http://www.cpb.org.br/classificacao-funcional/basquetebol-em-cadeira-de-rodas> Acessado em 15/09/2008.

COUTINHO, Nilton Ferreira. **Basquetebol na escola**. Rio de Janeiro: Sprint, 2003.

FREITAS, Patrícia Silvestre de. **Iniciação ao Basquetebol sobre Rodas**. Uberlândia: Gráfica Breda, 1997.

FREITAS, Patrícia Silvestre de. **Educação Física e esporte para deficientes: coletânea**. Organizadora: Patrícia Silvestre de Freitas. Uberlândia: UFU, 2000.

GREGUOL, Márcia. **Análise das variáveis antropométricas, potência de membros superiores e agilidade em jogadores de basquetebol em cadeira de rodas**. São Paulo: Escola de Educação Física e do Esporte / USP, 2001. Dissertação de Mestrado

KOTTKE, Frederic J. & LEHMANN, Justus, F. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. Tradução de Solange Aparecida Colombo Pessini Siepierski. São Paulo: Manole, 1994. Volume 2.

PEREIRA, Izabela. **A importância do Basquetebol sobre Rodas nos aspectos físicos e sociais para portadores de deficiência física**. Disponível on-line. <http://cdof.com.br/deficientes1.htm> . Acessado em 01/04/2008.

CAMARGO NETTO, Francisco & GONZALEZ, Jane da Silva. **Desporto adaptado a portadores de deficiência: basquetebol**. Porto Alegre: UFRGS – INDESP, 1996.

TEIXEIRA, Ana Maria Fonseca & RIBEIRO, Sonia Maria. **Basquetebol em cadeira de rodas: manual de orientação para professores de educação física**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006.

TRITSCHLER, Kathleen A. **Medida e Avaliação em Educação Física e Esportes de Barrow & McGee**. Barueri: Manole, 2003.

Contatos

Escola Superior de Educação Física de Jundiá
Fone: 4521-7955
Endereço: Rua Dr. Rodrigo Soares de Oliveira, s/no - Anhangabaú - Jundiá – SP, CEP.: 13208-120
E-mail: michelle_jornal@yahoo.com.br

Tramitação

Recebido em: 01/12/07
Aceito em: 13/03/08