

Introdução

A indústria do desporto de competição tem uma força motriz económica a nível mundial e, como tal, torna-se necessário que os atletas estejam constantemente no seu melhor e tenham o seu melhor desempenho de forma ganharem prémios, serem reconhecidos e, por consequência, tragam lucro a quem investe neles. No entanto, nem sempre tal é possível, pois existem fatores — como as lesões — que perturbam o desempenho do atleta e podem deixá-lo longe da competição pelo menos durante o período de recuperação.

Através da literatura, é possível perceber que este tipo de lesões ocorre devido a vários fatores, sendo eles ligados ao desporto em si ou ao atleta que o desempenha.

Consequentemente, a essa lesão e paragem forçada podem surgir também consequências a nível psicológico que, além de só por si serem negativas, podem ainda afetar a recuperação, regresso e manutenção do atleta ao seu melhor nível.

É portanto essencial associar ainda à recuperação física a parte do acompanhamento psicológico do atleta, pois este, ao lesionar-se e durante o processo de recuperação, pode ser afetado na sua vertente psicológica, o que irá prejudicar a parte física e atrasar o processo na sua globalidade. Tal é defendido por Sakamoto, Parcesepe e Bojikian, (2008, p. 107), que afirmam que “...com o acontecimento da lesão, os fatores psicológicos podem influenciar bastante no desempenho do atleta, podendo gerar desmotivação, ansiedade quanto à expectativa do regresso ao desporto, entre outros fatores.

I. Parte - Enquadramento Teórico

Capítulo 1.

1. Lesão Desportiva

Segundo Atalaia, Pedro e Santos (2009), a lesão desportiva é um nome coletivo para todos os tipos de lesões suscetíveis de ocorrerem no decurso de atividades desportivas.

Através da literatura é possível perceber que este tipo de lesões ocorrem devido a vários fatores, sendo eles ligados ao desporto em si ou ao atleta que o desempenha. Relacionado com o desporto em si, são lesões que advém das exigências da sua prática como por exemplo o desgaste físico que esta causa, ou a ocorrência de contacto físico com outro atleta. Já nos fatores associados ao atleta temos, além da sua preparação física, a sua condição psicológica, como elevados níveis de *stress*, fatores de personalidade, entre outros (Mendo, 2002; Giscafré & Ucha, 2001; Kerr & Minden, 1988; Andersen & Williams, 1988 citado por Pesca, 2004).

Por norma os atletas ao sofrerem uma lesão são devidamente acompanhados para o tipo de lesão que sofreram seja, por exemplo, uma rutura de ligamentos, uma luxação ou um sem fim de outras lesões associadas à prática desportiva, ou seja, o atleta é como se fosse uma espécie de aparelho em que uma das peças fica danificada e como tal precisa de ser reparada.

Como afirmam Cruz e Dias (1996) as lesões constituem um dos obstáculos mais significativos ao rendimento bem-sucedido em contextos desportivos. Sendo virtualmente uma preocupação diária no desporto, os efeitos das lesões no bem-estar psicológico dos atletas e no rendimento posterior são bem evidentes.

Contudo, não há uma grande preocupação com as restantes vertentes do sujeito quando várias vezes foram debatidos os efeitos das lesões nas restantes áreas de vida do atleta. Investigadores ao longo dos seus trabalhos de investigação defenderam tal como Heil (1993, citado por Sakamoto, Parcesepe & Bojikian, 2008), que a lesão é um desafio físico e psicológico para o atleta. No, entanto, muito pouco tem sido levado em conta estes alertas para a perigosidade das lesões também a nível psicológico.

Tal como Heil, também Cornelius (2002, citado por Veloso e Pires, 2007) afirmou o impacto da componente psicológica no atleta, ao referir que reações psicológicas mais graves à lesão podem ter um impacto mais sério no atleta do que as próprias limitações físicas causadas pela mesma.

Neste sentido, “sempre que há uma lesão, e após avaliar a sua gravidade, é necessário começar a recuperação, que tem de ser preparada com muito cuidado, pois além de física é também psicológica (por vezes o problema psicológico é o mais grave)” Brito (2009, p. 90).

Em seguida apresenta-se uma figura que ilustra o que acima foi explicado, demonstrando a influência da componente física sobre os fatores psicológicos e o inverso (figura 1):

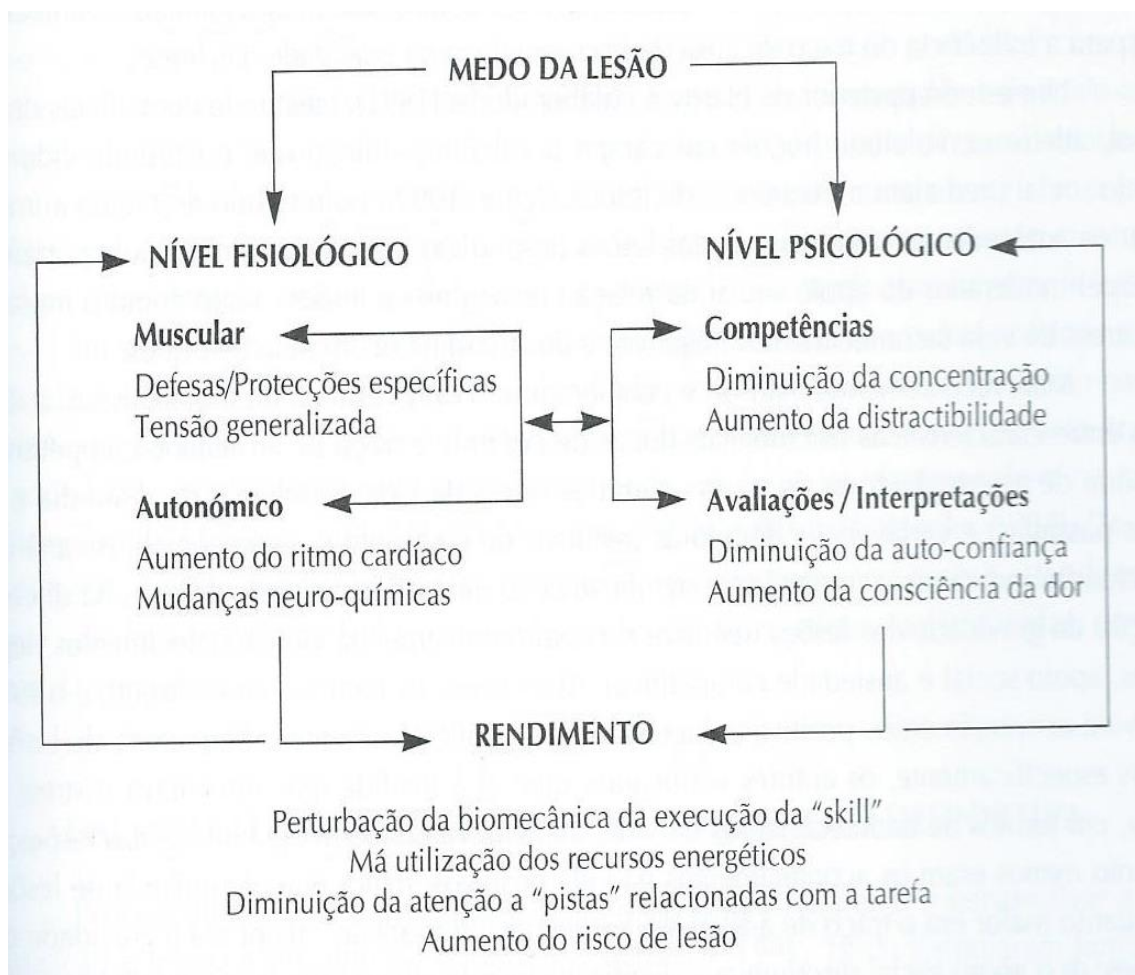


Figura 1 – A relação mente-corpo: Modelo psicofisiológico de risco (Adaptado de Heil, 1993, citado por Cruz, 1996)

Como se pode ver pela análise da figura acima representada, tanto as variáveis de nível fisiológico, como as variáveis de nível psicológico vão influir tanto no rendimento do atleta, aumentar o risco de lesão e na presença real de uma lesão este ciclo tendera a perpetuar-se, uma vez que o atleta continuara tenso, menos concentrado e menos eficaz, quer seja a nível de treino/competição quando não está lesionado, quer seja a nível de concentração e empenho na recuperação num período de lesão.

Pro conseguinte, “num mundo desportivo cada vez mais profissionalizado, as lesões representam custos financeiros, pessoais, sociais, institucionais, chegando mesmo a afigurar-se como prejuízos nacionais e internacionais, bem como uma limitação ao possível sucesso desportivo.” (Lomba, 2006, p. 10).

2. Psicologia do Desporto

É simples de compreender que o campo da psicologia é de elevada importância no que toca à área do desporto, como tal, havia a necessidade de criar uma área da psicologia que se dedica-se ao estudo dos fenómenos psicológicos que ocorrem no desporto. Para tal surgiu a Psicologia do Desporto, este campo da psicologia trata dos fenómenos psicológicos específicos do desporto (Brito, 2009).

A psicologia do desporto centra-se no atleta, procurando que este tome consciência das suas possibilidades, da situação que o envolve, e possa gerir o seu comportamento e as suas emoções (Brito, 2009). A psicologia não é uma componente tradicional da medicina desportiva, contudo, atualmente é considerada uma área científica essencial para a compreensão holística do fenómeno da lesão nos indivíduos (Brewer, 1998, citado por Veloso e Pires, 2007).

É também de salientar que o bem-estar psicológico dos atletas constitui um fator muito importante para o seu rendimento desportivo, por exemplo, duas equipas que se defrontam em igualdade de circunstâncias a nível de treino e preparação física para a competição (uma vez que atualmente se afigura muito difícil manter em segredo aspetos como: o tipo de treino, de tática...) é o fator psicológico que pode ter um papel preponderante no sucesso ou insucesso competitivo como vai se vai poder verificar nos próximos subcapítulos.

3. Recuperação

Associado a um processo de lesão geralmente surge associado um processo de recuperação/reabilitação que pretende possibilitar ao atleta o retorno à condição em que se encontrava antes da lesão, ou se possível ainda melhor preparado para o regresso à competição.

A recuperação “é o programa dinâmico de exercícios prescritos para prevenir ou reverter os efeitos deletérios de inatividade enquanto o indivíduo recupera o seu nível precedente de competição” (Andrews, Harrelson & Wilk., 2000, citado por Pesca, 2004, p. 6).

Na recuperação de lesões desportivas é essencial aliar a componente terapêutica à componente desportiva, para tentar manter o nível de desempenho do atleta equivalente ao que este tinha antes da lesão, para que se torne mais rápido o seu regresso a competição em plena forma e no seu máximo rendimento.

O principal objetivo do processo de reabilitação é tratar a lesão através de métodos físicos externos e assegurar que o atleta retorne à sua funcionalidade física total o mais rápido e seguramente possível (Hemmings & Povey, 2002, citado por Lomba, 2006).

Apesar de por vezes a vertente psicológica ser negligenciada a quando da recuperação do atleta, é essencial associar ainda a estas duas componentes referidas anteriormente, à parte do acompanhamento psicológico do atleta, pois este, ao lesionar-se e durante o processo de recuperação, pode ser afetado na sua vertente psicológica, o que irá prejudicar a parte física e atrasar o processo de recuperação. “A função de avaliar a gravidade e as consequências de uma lesão pertence à equipa médica, no entanto o psicólogo tem a função de conhecer a situação de forma a prevenir e controlar a ansiedade que uma lesão origina no atleta” (Buceta., 1996 citado por Veloso & Pires, 2007, p. 42).

Segundo Brewer (1994, citado por Lomba, 2006) lesões mais graves e de longa duração, assim como aquelas que obrigam à interrupção ou deterioração das atividades quotidianas parecem estar associadas a níveis mais elevados de stress no período de recuperação.

É assim possível verificar que as reações emocionais negativas ou desadaptativas interfere não só no bem-estar psicológico dos atletas lesionados,

mas também poderá afetar a reabilitação da lesão, devido a alterações nos níveis de adesão e motivação para a recuperação (Cruz e Dias, 1996, citado por Lomba, 2006).

Seguidamente será apresentada a figura 2 que pretende demonstrar as diferentes reações à lesão dos atletas consoante a gravidade da mesma e o tempo de reabilitação.

Duração da reabilitação	Reação à lesão	Reação à reabilitação	Reação ao retorno
Curta	Choque	Impaciência	Ansiedade
(<4 semanas)	Alívio	Otimismo	Antecipação
Longa	Medo	Perda do vigor	Reconhecimento e aceitação
(>4 semanas)	Raiva	Pensamentos irracionais	
Crônica	Raiva	Alienação	
(recorrente)	Frustração	Dependência ou independência	Confiança ou ceticismo
Terminante	Isolamento	Apreensão	
(põe fim à carreira)	Processo de luto	Perda da identidade desportiva	Fechamento ou renovação

Figura 2 – Reações progressivas dos atletas com base no nível de gravidade da lesão e na duração da reabilitação.

(Adaptado de Prentice, 2012)

É possível perceber pelos dados apresentados até agora que a recuperação do atleta deverá não só passar pela recuperação física, mas também pelo acompanhamento a nível psicológico para que seja o possível o retorno à prática desportiva o mais rápida e saudavelmente possível (Figura 3).

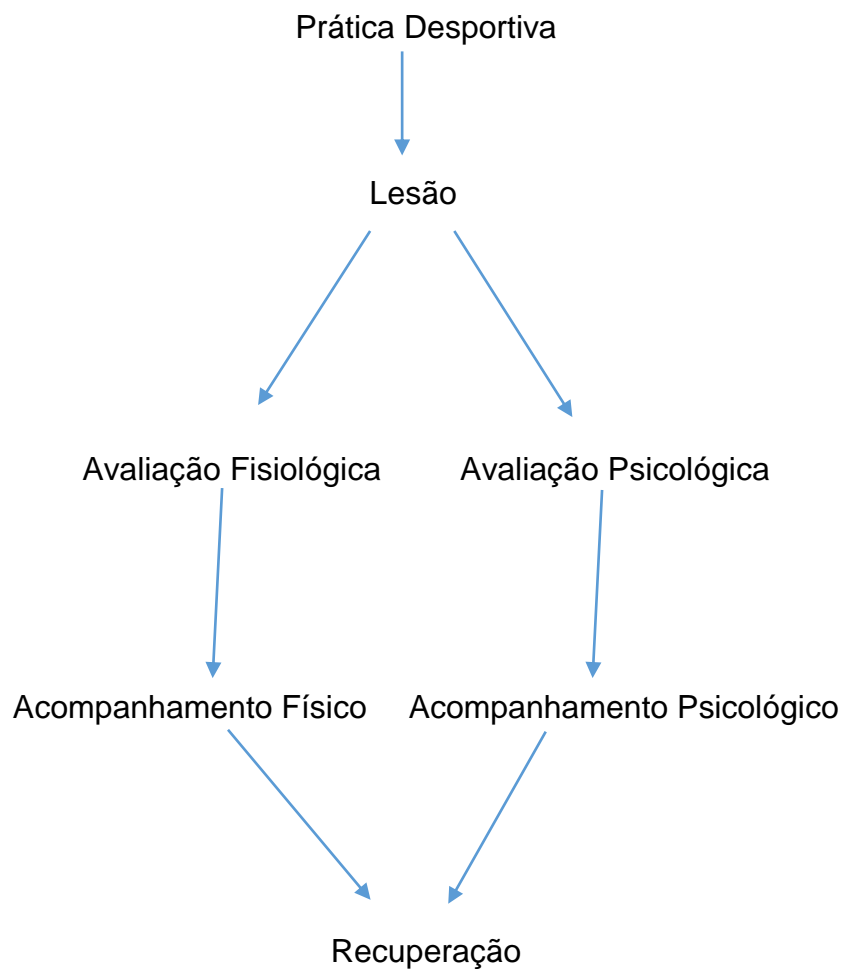


Figura 3 – Evolução do processo de recuperação

Em semelhança ao apresentado na figura 3 acima apresentada Rotella e Heyman (1991, p. 514) defendem que “a reabilitação é tanto um processo mental como físico. Já que os desportistas são humanos, este processo inclui um forte componente emocional que se altera de dia para dia.”

4. Personalidade

DeDPe que se iniciou o estudo daquilo que agora denominamos de personalidade várias teorias surgiram relativamente à mesma, personalidade enquanto uma componente genética, o que significa que o individuo nasce com aquela personalidade que é passada de geração em geração através de material genético; enquanto aprendizagem, o que significa que é através do que nos é ensinado que formamos a nossa personalidade, o que estaria neste caso intrinsecamente à sociedade em que nos inserimos, uma vez que cada sociedade tem a sua cultura, que é baseada nas suas próprias regras, crenças e formas de agir, o que leva a crer que indivíduos da mesma cultura irão ter personalidades semelhantes; enquanto interpretação dos acontecimentos, ou seja, o sujeito age/comporta-se consoante a interpretação dos acontecimentos em que se encontra envolvido, o que significa que neste caso cada pessoa terá uma personalidade associada ao seu tipo de esquema mental.

Apesar da definição de personalidade não ser consensual é possível tentar encontrar pontos comuns entre as teorias que nos permitem tentar “explicar” o que é a personalidade, como tal pretende-se tentar perceber o que nos permite identificar a personalidade de cada individuo, ao invés de tentar definir a origem da mesma. Assim sendo poderíamos defender que este conceito se refere a padrões de pensamento, sentimento e comportamento que são únicos, distinguindo-nos assim das outras pessoas, contudo a conjugação desses mesmos padrões, sentimentos e comportamentos implicam um certo grau de previsibilidade sobre a maneira de agir da pessoa face diversas situações.

A ideia apresentada acima vai de encontro ao que defende Boere (2006, p.6) “usually when we talk about someone's personality, we are talking about what makes that person different from other people, perhaps even unique. This aspect of personality is called individual differences.”.

Apesar de cada pessoa ter a sua própria personalidade são os pontos comuns entre os sujeitos que interessam aos “teóricos” da personalidade (Boere,2006), uma vez que, são estes pontos comuns que permitem a teorização acerca de diferentes traços de personalidade e facilitam a criação de instrumentos que possibilitam a avaliação de um sujeito no que concerne à sua

personalidade, tentando inseri-lo numa determinada “categoria/tipo de personalidade”.

Foi possível verificar a existência de estudos que tentam associar a personalidade e a prática desportiva, seja a nível do desporto praticado, a nível da existência de uma identidade atlética, e a nível de associação entre a personalidade do atleta e da sua vulnerabilidade a lesões, “fatores psicológicos como personalidade e *estresse* psíquico são apontados como fatores de risco ao desenvolvimento de lesões” (Andersen & Williams, 1988, citado por Sakamoto, Parcesepe & Bojikian, 2008, p. 104).

“La evidencia psicológica indica que los factores psicológicos parecen desempeñar un importante papel en la ocurrencia de lesiones” (Berengui, Lopez, Garces de los Fayos & Almarcha, 2011; Buceta, 2008; Evans, Hardy, Mitchell & Rees, 2008; Haghshenas, Marandi & Molavi, 2008; Johnson & Ivarsson, 2011; Martinez-Romero, 2008; Naylor, 2008; Olmedilla, Prieto & Blas, 2011; Ortin et al., 2008, 2010; Wadey, Evans, Hanton & Neil, 2012; citado por Andreu, Ortega, Fayos & Olmedilla, 2014). Como tal é necessário uma maior atenção à componente psicológica dos atletas para que estes possam competir de forma mais saudável e segura.

5. Fatores Psicológicos da Lesão

Todas as lesões terão algum efeito psicológico no atleta, por muito ligeiro que este seja, no entanto, as lesões que necessitam de mais tempo para serem tratadas, geralmente, são as que causam maior impacto psicológico no atleta. “A lesão no desporto é um dos obstáculos de suma importância, pois neste momento o atleta passa por uma fonte de tensão, dor, dúvidas e sofrimento.” (Mendelsohn., 1999; citado por Pesca, 2004, p. 7)

Devido a lesões físicas graves, os jogadores passam também por um período de “lesão psicológica” em que vão ver aumentada a sua ansiedade e o seu *stress* (quer pela dor causada pela lesão, quer pela expectativa/necessidade de poder retomar a sua atividade), e caso estes não sejam geridos eficazmente e ultrapassados, trarão consequências a nível da recuperação, “os indivíduos que apresentam dores fortes estão propensos a ficar ansiosos e inquietos. Nesses casos a ansiedade poderá potencializar a dor, mas ao mesmo tempo a dor poderá causar mais ansiedade.

Fawkner (1995, citado por Williams & Andersen, 1998, citados por Pesca, A.D., 2004) confirmou que atletas com estados de humor negativos corriam maior risco de se lesionarem. Esta confirmação verificou-se através de uma avaliação semanal que demonstrou que os atletas teriam alterações de humor negativas imediatamente antes de se lesionarem.

Segundo a literatura foi possível perceber que após a lesão não é apenas o nível de ansiedade e de *stress* que aumentam num atleta, existe também uma diminuição da sua autoestima, devido a impossibilidade de competir, os atletas começam a duvidar de si mesmos e das suas capacidades, afetando assim a sua autoestima e, por consequência, também a sua motivação.

Todas estas alterações a nível psicológico vão ocorrer ao nível de cinco fases distintas que ocorrem após a lesão. Estas fases (negação, raiva, negociação, depressão, aceitação e reorganização) foram definidas por Kubler-Ross (1969; citado por Veloso & Pires, 2007). A rapidez de passagem de fase para fase vai depender de atleta para atleta e da sua capacidade de lidar com o desajustamento psicológico causado pela lesão. É por isso essencial, nesta fase, acompanhar o atleta a nível psicológico pois tal acompanhamento irá certamente

facilitar o ajustamento psicológico e conseqüentemente, à passagem de fase em fase.

a. Estados de Humor

Segundo Werneck (2003, citado por Werneck & Navarro, 2011) o estado de humor pode ser entendido como um estado psicológico composto por sentimentos positivos e negativos que variam em intensidade e duração, sendo um indicador do bem-estar psicológico. Aquando de uma lesão estudos existem que indicam que estes estados de humor se caracterizam essencialmente por sentimentos negativos, facto que, ira causar um mal-estar psicológico.

Veja-Marcos, Ruiz-Barquín, Tejero-González e Rivera-Rodriguez (2014) definem os estados de humor como sendo manifestações emocionais pouco especificas e de menos intensidade porem de maior duração que as emoções.

Segundo Greaves (2010), os estados de humor são algo que acontece conosco. Eles vêm sobre nós e podem ser sentidos como irresistíveis, como algo que não é uma parte de nós, como algo que nos afeta mas que não nos é próprio. Há de certa forma uma perda de controlo face aos estados de humor mais fortemente vivenciados, pudemos com a experiencia aprender a gerir ou minimizar os efeitos dos estados de humor, no entanto, não teremos domínio pleno sobre os mesmos sobretudo quando estes se devem não só a fatores internos como a fatores externos.

Os estados de humor assumem uma grande importância na avaliação de atletas uma vez que como referido acima estes vão ter interferência no bem ou mal-estar psicológico do mesmo e este terá dificuldade em supera-los sozinho, o que por sua vez se refletirá seja no desempenho desportivo, no desempenho social e numa vertente mais especifica na recuperação após uma lesão uma vez que ao estar fragilizado a nível psicológico o atleta tenderá a desfocar-se da sua recuperação, o que por seu lado poderá prolongar o mal-estar psicológico visto que o atleta se vê incapaz de voltar à normalidade quer física, quer psiquicamente.

b. **Ansiedade**

Ansiedade é o resultado de quanto o indivíduo duvida das suas habilidades para enfrentar a situação que gera *stress* (Hardy., 1996, citado por Pesca, 2004).

Segundo Prentice (2012), a ansiedade pode provocar uma série de respostas fisiológicas, incluindo transpiração, aumento da frequência cardíaca, aumento de pressão sanguínea, desconforto estomacal, calafrios, boca seca, dificuldade de concentração, irritabilidade e perturbações de sono.

Hoje em dia, a ansiedade é perfeitamente normal na nossa sociedade. A necessidade de fazer e ter sempre mais e melhor não nos permite relaxar e viver de maneira mais tranquila, e numa sociedade já de si competitiva, esse nível de competitividade tende a ser maior no que toca ao desporto, sobretudo no de alta competição, em que se faz tudo por tudo para se ser melhor e tornar-se vencedor.

Atualmente a ansiedade é dividida em dois tipos: a ansiedade estado e a ansiedade traço, sendo que a ansiedade estado se refere a uma reação do momento a uma dada situação ansiogénica; já a ansiedade traço é uma característica da personalidade, é como que a disposição do sujeito para ser ansioso.

Como é claro o nível de ansiedade não será igual em todos os indivíduos, mesmo que passem pelas mesmas situações causadoras de ansiedade. Um indivíduo com maior grau de ansiedade traço será mais propenso a maiores níveis de ansiedade pois uma elevada pontuação na ansiedade traço é indicador de uma elevada ansiedade estado, ou seja o indivíduo irá reagir ansiosamente a mais situações e com maior intensidade.

No entanto um certo nível de ansiedade é útil para a participação num desporto, pois é essa ansiedade adaptativa que vai motivar o jogador e levá-lo a estar pronto para ação. A ansiedade leva a que o atleta esteja mais focado na sua tarefa e como tal mais preparado para agir de acordo com as necessidades. Tal foi verificado num estudo de Garcia (2002, citado por Veloso & Pires, 2007): segundo os resultados a ansiedade competitiva aumenta antes da competição e diminui após a mesma. Como tal, o autor do estudo considera que esta alteração

dos níveis de ansiedade se verifica de forma a focar o atleta para a sua tarefa para que este obtenha um melhor desempenho.

Os níveis de ansiedade em atletas que competem individualmente são diferentes dos que competem em equipa, sendo os níveis de ansiedade dos primeiros mais elevados, no entanto, no que toca à concentração, os atletas que competem em equipa obtêm piores resultados.

A ansiedade, em certa medida, como já foi possível referir, é benéfica pois mobiliza os atletas para a ação levando-os a estar mais atentos e preparados. No entanto, quando os níveis de ansiedade são baixos, o atleta pode mais facilmente distrair-se e expor-se mais a situações potenciadoras de lesões. Algo semelhante acontece quando a ansiedade está presente em demasia, nessas situações os atletas irão ter mais pensamentos negativos, e sentir tensão que se refletirá também a nível muscular o que levará a mais lesões pois o atleta estará concentrado na sua ansiedade em vez de na competição e estará mais propenso a lesões pois qualquer movimento que normalmente não causaria problemas, pode devido a tensão muscular causar um impacto profundo, levando o atleta a uma lesão.

Após sofrer a lesão se a ansiedade se mantiver o atleta tenderá a continuar a manter uma elevada tensão muscular o que além de dificultar o processo de recuperação pudera ser um elemento perpetuador da dor sentida devido à lesão.

Petitpas e Danish (1995, citado por Guerreiro, 2008) encontram dados num estudo, de que a ansiedade, o receio de voltar a lesionar-se e a dúvida quanto as suas próprias capacidades para recuperar são variáveis referidas por um número significativo de atletas lesionados.

A OMS (2002) indica que a ocorrência de ansiedade combinada com perturbações depressivas é comum, pelo que é necessário ter em atenção não só aos níveis de ansiedade durante a avaliação psicológica de uma lesão, é também preciso ter em conta outros fatores como depressão.

c. *Stress*

“*Stress* arises when individuals perceive that they cannot adequately cope with the demands being made on them or with demands being made on them or with threats to their well-being.” Lazarus (1966)

É um processo que compreende a percepção de um desequilíbrio entre as demandas objetivas do ambiente e a capacidade de resposta (Mendelsohn, 1999, citado por Veloso & Pires, 2007).

Segundo Lipp (1984, citado por Lipp & Tanganelli, 2002), o *stress* pode ser originado de fontes externas, surgindo dos eventos ocorridos na vida de cada um, como por exemplo uma lesão, ou de fontes internas, resultando assim da interpretação que a pessoa tem do acontecimento, neste caso são os esquemas desadaptativos que influenciam o aumento do *stress*.

Gonçalves (2009) afirma que o exercício físico é referenciado como sendo facilitador da adaptação a situações geradoras de *stress*. O que indica que simplesmente pelo facto de interromper a prática desportiva o atleta deverá vivenciar alterações nos seus níveis de *stress*.

O *stress* pode ainda causar consequências físicas, mentais e comportamentais, que, quando em demasia, se podem tornar perigosas pois vão distrair o individuo da situação e, como consequência, impedi-lo de dar uma resposta adequada à mesma.

No entanto, o *stress*, tal como a ansiedade, pode ser positivo para um atleta, pois pode mobilizar o atleta para a prática do desporto em que está inserido. O *stress* auxilia o aperfeiçoamento das capacidades funcionais, autoproteção e o conhecimento dos limites dos atletas (Gouvêa et al. 1997 citados por Veloso & Pires, 2007).

As lesões tem tendência a ocorrer de duas a cinco vezes mais nos atletas com valores de *stress* alto em comparação com os atletas que apresentam valores de *stress* baixos (Williams & Roepke, 1993, citados por Veloso & Pires, 2007).

Existem três fases na evolução do *stress* sugeridas por Gouvêa et al. (1997, citadas por Veloso, S & Pires, A.P., 2007): a fase de alerta, na qual o individuo percebe a “ameaça” e se prepara para a ação; a fase de resistência, na qual após um longo ou intenso período de *stress* se restabelece o equilíbrio

interno; e por ultimo a fase de exaustão, em que, após despender a sua energia a reestabelecer o equilíbrio interno, o sujeito entra em exaustão física e psicológica.

Um atleta quando tem maior grau de *stress* como já foi referido anteriormente, tem maior risco de se lesionar ou de permanecer lesionado pois, uma vez em *stress*, o atleta pode ter, segundo Samulski (2002, citado por Veloso, S & Pires, A.P., 2007), uma redução do campo visual, aumento do nível de distração e tensão muscular; fatores que, como também já foi referido anteriormente, podem levar a lesão. O que por sua vez poderá causar mais *stress*, o que de acordo com as fases do *stress* irá levar a que o individuo gaste mais energia para restabelecer o equilíbrio e fique exausto, tanto física, como psicologicamente, e essa exaustão se não for devidamente acompanhada e superada pode levar a um tempo de recuperação da lesão maior e ao aumento do risco de uma nova lesão num curto espaço de tempo, pois é como que um ciclo vicioso que se não for quebrado com um bom apoio tanto a nível físico como psicológico, terá tendência a repetir-se. É portanto necessário ajudar o atleta a compreender o que é o *stress* de forma a ajuda-lo a manter um nível de *stress* adequado a situação de forma que ele possa retirar desse *stress* apenas consequências positivas, ou seja a mobilização e a motivação necessária para a melhor resposta possível perante a situação a que esta exposto.

Em seguida apresenta-se uma figura (figura 4) do modelo de lesão e *stress* desenvolvido por Anderson e Willians (1988, 1993) que demonstra como o *stress* pode ter influência na lesão e como o inverso pode também verificar-se.

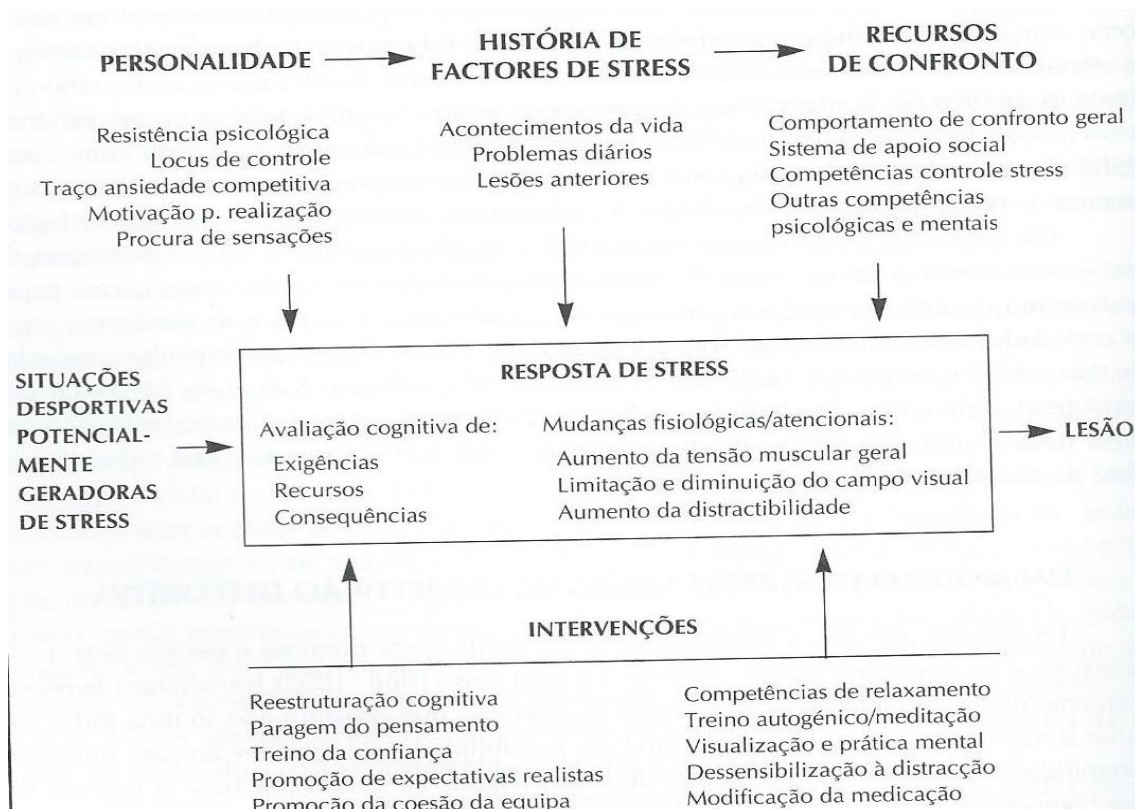


Figura 4 – Modelo de *stress* e lesões desportivas (adaptado de Andersen & Williams, 1988; 1993)

Como se pode verificar na figura 4 e como defendido por Cruz e Dias (1996), a avaliação cognitiva das exigências, recursos e consequências, interage permanente e continuamente com os elementos fisiológicos e atencionais da resposta de *stress*. O que quer dizer que a lesão ao ser avaliada cognitivamente como de carácter negativo devera ser causadora de maior *stress*.

Foi possível ainda apurar que o *stress* atrasa a cicatrização de feridas (Kielcot-Glaser e col., 1999, citado por OMS, 2002) o que, por exemplo, no caso ser necessário submeter o atleta a tratamentos mais invasivos, como o caso da cirurgia, e perante a presença de maior nível de *stress*, este pudera ver também a sua recuperação física prejudicada uma vez que a cicatrização levaria mais tempo, condicionando todo o restante trabalho de recuperação.

A prevenção face a níveis de *stress* mais elevados afigura-se ainda mais importante uma vez que segundo a OMS (2002, p. 43) “certos tipos de perturbações mentais e comportamentais, como a ansiedade e a depressão,

podem ocorrer em consequência da incapacidade de fazer face adaptativamente a um acontecimento vital gerador de *stress*.”

d. **Depressão**

Para Prentice (2012) a depressão pudera dividir-se em dois tipos: a unipolar em que o sujeito vivencia sentimentos de impotência e muita tristeza, perda de energia, culpa excessiva, redução da capacidade de pensar, mudanças nos hábitos de alimentação e sono e pensamentos de morte recorrentes; existem ainda segundo este autor a depressão bipolar (formalmente designada depressão maníaca) existe uma alternância entre sentimentos de exagerada alegria e grande energia e extrema depressão.

Os sintomas da depressão passam geralmente por alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas (DSM-IV-TR, 2002)

Para Wetzel (1984, citado por Gonçalves, 2009) a depressão pode ter causas exógenas e/ou endógenas, ou seja, podem derivar de acontecimentos externos ou internos (interpretação das situações externas) ao sujeito, à semelhança do que acontece com o stress.

Segundo Vaz Serra (1994, citado por Veigas & Gonçalves, 2009) uma pessoa deprimida caracteriza-se, fundamentalmente, pela incapacidade que o individuo sente para a vida em geral, ou especificamente, no seu trabalho, e ambiente social e familiar, estando esta relacionada com a gravidade da depressão. Segundo esta caracterização é fácil de perceber que o atleta que se encontra lesionado pudera ao sentir-se condicionado por este facto ver os seus níveis de depressão aumentados, uma vez que, ao estar lesionado pudera ver-se impossibilitado de executar uma ou mais tarefas do seu dia-a-dia.

Lyubomirsky (2008, citado por Rivero, 2009) defende que de algum modo nos tornamos mais vulneráveis à depressão quando, perante acontecimentos negativos, tendemos a ter atitudes disfuncionais, geralmente relacionadas com uma noção errónea de que a nossa felicidade e autoestima dependem de fazermos tudo perfeito ou da aprovação dos outros. Torna-se portanto simples,

de compreender a necessidade de acompanhamento psicológico de um atleta, principalmente num período em que este se encontra lesionado, a fim de, na eventualidade de se verificarem alterações a nível psicológico estas possam ser prontamente trabalhadas com o atleta para que este readquira o equilíbrio emocional e possa manter a sua vida dentro da sua normalidade.

Segundo a OMS (2002) a depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial. O que vem reforçar a necessidade e travar o avanço desta problemática no caso da temática abordada na presente investigação revela-se de suma importância a prestação de apoio ao atleta para que perante uma lesão este não venha a desenvolver uma depressão o que levava a que se mantenha incapacitado para a prática desportiva mesmo após a recuperação física.

É ainda de salientar que a depressão não trará apenas consequências a nível psicológico, segundo a OMS (2002): “os estados afetivos angustiados e deprimidos, por exemplo, desencadeiam uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e criam uma maior suscetibilidade a toda uma série de doenças físicas.”

II. Parte – Parte Empírica/Prática

Capítulo 2 – Enquadramento Metodológico

Após a revisão e enquadramento teórico é possível verificar-se as alterações que uma lesão promovem na nova condição (lesionado) do indivíduo, este estudo pretende verificar se na amostra em análise se verificam essas mesmas alterações e se outras variáveis que não a lesão podem ser associadas a uma maior sintomatologia.

1. Objetivos

a. Objetivo Geral

Como foi salientado anteriormente, é importante ter em atenção não só a componente física do atleta, mas também cuidar da sua componente psicológica. Como tal o **objetivo geral** deste projeto é avaliar a sintomatologia psicológica que precisa de especial cuidado/atenção por parte do psicólogo no decorrer da recuperação física do atleta. Desta forma, será mais fácil para o psicólogo trabalhar essa mesma sintomatologia e assim auxiliar o atleta da melhor maneira possível durante a sua lesão.

b. Objetivo Específico

- avaliar a sintomatologia psicológica presente num atleta lesionado;

c. Hipóteses

H1- A presença de uma lesão é promotora de maior sintomatologia psicológica

H2- Existe uma relação significativa entre a variável sexo e as variáveis ansiedade, depressão, stress e estados de humor;

H3- Existe uma relação significativa entre a variável idade e as variáveis ansiedade, depressão, stress e estados de humor;

H4- Existe uma relação significativa entre a variável tempo de lesão e as variáveis ansiedade, depressão, stress e estados de humor;

H5- As variáveis de sintomatologia psicológica de ambos os instrumentos relacionam-se entre si;

2. Método

O presente estudo pretende avaliar a sintomatologia psicológica presente em atletas lesionados e foi realizado com recurso à metodologia quantitativa, sendo o seu desenho de investigação do tipo transversal, na medida em que procuramos descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente num dado momento (Pais Ribeiro, 2010), ou seja, iremos procurar descrever a sintomatologia psicológica presente aquando de uma lesão desportiva.

Para o efeito, este será um estudo do tipo exploratório, uma vez que a primeira necessidade será a de explorar um tema que é de desconhecimento do investigador (Mattar, 2005, p. 84, citado por Wiethorn, R.C. 2006, p. 34). Este estudo será também um estudo descritivo e correlacional, uma vez que como Bowling (1994, citado por Barata, 2013, p. 96) refere uma das vantagens deste tipo de investigação é a de considerar em simultâneo várias variáveis, de forma a explorar a reciprocidade das suas relações (não as manipulando), bem como, permitir, igualmente, descrever as relações detetadas entre as variáveis.

a. Amostra

A amostra é constituída por 45 atletas de sete desportos, sendo que a amostra é maioritariamente constituída por jogadores de futebol. Para poderem participar neste estudo os atletas deverão ter entre 18 e 40 anos, não podem ter diagnóstico prévio de perturbação psicológica, uma vez que a existência de perturbação de psicológica poderia interferir com os resultados

A amostra utilizada neste estudo será uma amostra não probabilística racional, uma vez que não é possível o acesso a todos os elementos da população escolhida para o estudo e “tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico” (Fortin, 1996, p. 209, citado por Barata, 2013, p. 96).

Como referido anteriormente a amostra da presente investigação foi constituída por 45 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 37 anos (apresentando uma média de 22,91 anos e um desvio padrão de 5,265). O tempo de lesão médio é de 6.78 semanas com um desvio padrão de 4.144 (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente ao sexo, idade e tempo de lesão

Variáveis Demográficas	(N=45)
Sexo	
Masculino	42 (93.3%)
Feminino	3 (6.7%)
Idade	
Média	22.91
Amplitude	18-37
DP	5,265
Tempo de lesão (semanas)	
Média	6.78
Amplitude	1-20
DP	4.144

Com o intuito de explorar detalhadamente os resultados da presente investigação, procedeu-se a uma análise da amostra na sua totalidade (N = 45), complementada ainda com uma análise discriminada segundo diferentes subgrupos, criados consoante os critérios de sexo, idade e tempo de lesão.

Relativamente à variável sexo, a amostra dividiu-se em dois subgrupos: indivíduos do sexo masculino (n=42) e indivíduos do sexo feminino (n=3).

No que concerne à sua idade, a amostra foi dividida em dois subgrupos: indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (n = 35) e entre os 26 e os 37 anos (n = 10).

A respeito do tempo de lesão, os sujeitos foram aglomerados em dois grupos: sujeitos entre uma e 10 semanas de lesão (n= 37) e sujeitos entre as 11 e as 20 semanas de lesão (n=8)

Os dados acima descritos são apresentados em seguida (tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos subgrupos relativamente ao sexo, idade e tempo de lesão

Variáveis Demográficas	(N=45)
Sexo	
Masculino	42
Feminino	3
Idade	
18-25	35
26-37	10
Tempo de lesão (semanas)	
1-10	37
11-20	8

b. Instrumentos

Para que fosse possível avaliar os atletas e seguidamente fazer a comparação dos resultados, a fim de verificar se existem ou não alterações psicológicas, foram utilizados:

- i. Questionário Sociodemográfico: Um questionário sociodemográfico de forma a obter os dados pessoais de cada sujeito, constituído por 11 questões. Das 11 questões cinco que pretendem avaliar as diferenças sociodemográficas e seis variáveis clínicas referentes.
- ii. Perfil de Estados de Humor (POMS) para avaliar os estados emocionais e os estados de humor dos atletas. Foi utilizada a versão reduzida do POMS que tem 36 itens + 6, e avalia seis dimensões: Tensão-ansiedade (T); Depressão-melancolia (D); Hostilidade-ira (H); Fadiga-inércia (F); Vigor-atividade (V); Confusão-desorientação (C) e ainda seis itens adicionais que compõem a escala de desajuste ao treino (TDS). As respostas a este teste são cotadas através de uma escala de Likert que vai de 0 (Nunca), até 4 (Muitíssimo). Geralmente as respostas e esta escala são dadas tendo em conta, habitualmente, um dia ou uma semana (Viana, Almeida & Santos, 2001). O valor total varia entre 0 e 24 em cada escala.
- iii. Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS) para avaliar os níveis de ansiedade, depressão e *stress* dos atletas. Foi utilizada a versão aferida para a população portuguesa, que contém 21 itens que avaliam como foi referido anteriormente os níveis de ansiedade, depressão e *stress*. Cada uma das escalas é constituída por 7 itens. Para a sua cotação é utilizada uma escala de Likert que vai de 0 (não se aplicou nada a mim), até 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes), e as respostas dadas a cada pergunta devem ser dadas tendo em conta a semana imediatamente antes ao dia em que for respondida (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Apresentados os instrumentos utilizados para a recolha de dados, em seguida, apresenta-se a tabela 3 que pretende apresentar mais claramente a operacionalização das variáveis em estudo.

Tabela 3 – Operacionalização das variáveis do estudo.

Variáveis	Tipo	Operacionalização
Idade	Quantitativa	
Sexo	Qualitativa e dicotómica	1. Masculino 2. Feminino
Escolaridade	Quantitativa e múltipla	1. Ensino básico concluído 2. Ensino secundário concluído 3. Bacharelato/licenciatura concluídos 4. Mestrado concluído
Estado civil	Qualitativa e múltipla	1. Solteiro 2. Comprometido 3. Casado 4. Divorciado
Situação profissional	Qualitativa e múltipla	1. Empregado 2. Desempregado 3. Estudante
Atividade desportiva	Qualitativa e múltipla	1. Atletismo 2. Futebol 3. Kung Fu Sanda 4. Musculação 5. Natação 6. Volleyball 7. Basketball
Atividade desportiva como atividade profissional	Qualitativa e dicotómica	1. Sim 2. Não
Atividade desportiva como única fonte de rendimento	Qualitativa e dicotómica	1. Sim 2. Não
Tempo de lesão	Quantitativa	1. Entre 1 e 10 semanas 2. Entre 11 e 20 semanas
Impacto da lesão na capacidade de desempenho da atividade profissional	Qualitativa e dicotómica	1. Sim 2. Não
Ansiedade	Quantitativa	EADS Sub-escala Ansiedade
Depressão	Quantitativa	EADS Sub-escala Depressão
Stress	Quantitativa	EADS Sub-escala Stress

Tensão ansiedade	Quantitativa	POMS Fator T
Depressão melancolia	Quantitativa	POMS Fator D
Hostilidade ira	Quantitativa	POMS Fator H
Fadiga inércia	Quantitativa	POMS Fator F
Vigor atividade	Quantitativa	POMS Fator V
Confusão desorientação	Quantitativa	POMS Fator C
Percepção de desajuste do treino	Quantitativa	POMS EDT
Impacto da lesão no estado de humor	Quantitativa	POMS PTH

c. Procedimentos

Para a realização desta avaliação inicialmente contactaram-se várias instituições, tais como, Mefirea – Gabinete de Fisiatria Lda, Sport Clube Nun'Alvares, União Desportiva Valonguense, Associação Desportiva de São Pedro da Cova e Estrelas Futebol Clube de Fânzeres, de forma a pedir-se consentimento para permitir a realização deste estudo com os seus atletas. Após concedida essa autorização, foram abordados os atletas das instituições de forma a numa primeira abordagem explicar no que consistia o estudo e verificar quais os atletas que cumpriam o critério fundamental para a participação na investigação (estarem lesionados). Após esta primeira abordagem, os atletas que se encontravam lesionados foram também questionados acerca da sua disponibilidade para participar neste estudo e pedida a sua autorização para a participação no mesmo e a consequente utilização dos dados recolhidos, sempre informados de que a avaliação iria decorrer de forma individual, e de que os dados recolhidos são estritamente confidenciais. Para tal utilizou-se o Consentimento Informado (Anexo 1), esta ferramenta foi apresentada com o objetivo de assegurar aos participantes do ponto de vista ético e científico a sua aceitação consciente e informada no presente estudo, salvaguardando ainda a possibilidade da sua desistência em qualquer momento do processo de recolha.

Em seguida foi aplicado um questionário para verificar se os atletas que se mostraram dispostos a participar no estudo cumpriam os demais critérios de inclusão definidos pela investigadora (ex. não ter diagnóstico de perturbação mental e/ou de personalidade). Cumpridos os critérios que viabilizavam a participação dos atletas na investigação, aplicaram-se, também, os testes escolhidos para esta avaliação, teste POMS, para verificar se existiram alterações no estado do humor do atleta, e o EADS-21, para verificar se se denotaram alterações a nível da ansiedade, da depressão e do *stress*. Estes testes foram aplicados no decorrer da recuperação do atleta.

Foi ainda elaborado um formulário *online* contendo os mesmos elementos de avaliação que foram acima referidos de forma a permitir a recolha de dados de indivíduos que não sendo elementos de nenhuma das instituições mencionadas anteriormente praticam desporto e se encontravam lesionados no momento da avaliação, sendo estes elementos conhecidos pela investigadora ou indicados pelos atletas das instituições que aceitaram participar no estudo.

As questões deste formulário foram introduzidas e configuradas de modo apropriado, respeitando o seu formato original (ex.: mantendo as escalas tipo Likert, com quatro ou cinco itens dos instrumentos) e tanto as questões principais do questionário sociodemográfico como as questões referentes aos instrumentos foram marcadas como "obrigatórias". Deste modo, os participantes seriam impedidos de avançar no questionário sem que todas as questões da página presente fossem respondidas, garantindo assim que os questionários submetidos incluíam a totalidade das questões preenchidas.

Após terem sido recolhidos todos os dados necessários e de forma a ser possível a análise dos mesmos realizou-se a introdução destes no programa estatístico SPSS 21.

Este trabalho de investigação teve a duração de cerca de 11 meses repartidos entre base teórica, procura de literatura referente à temática, obtenção de autorizações das instituições e respetivos atletas que cumprissem os critérios, recolha de dados, conseqüente estudo empírico e finalização da elaboração deste documento.

III. Parte – Análise Estatística

1. Métodos estatísticos

Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o programa SPSS 21. Realizaram-se análises descritivas como forma de obter as médias e desvios padrão tanto as variáveis demográficas em estudo como para os fatores/escalas dos instrumentos aplicados. Uma vez que a amostra não cumpre os critérios para comparação com a população geral utilizaram-se testes não paramétricos. O primeiro teste aplicado do conjunto de testes não paramétricos existentes foi o teste da correlação de Pearson para verificar se existiam correlações significativas entre as variáveis idade e tempo de lesão relativamente aos testes aplicados. Para concluir utilizou-se um outro teste adequado ao tipo de amostra obtida, que permite a realização análises diferenciais com o intuito de verificar se existiam diferenças entre as variáveis e os testes, estas análises foram possíveis utilizando o teste de Mann-Whitney.

2. Análise de Resultados

a. Operacionalização das Variáveis dos instrumentos utilizados

i. Perfil de estados de humor

A amostra do presente trabalho apresentou, quanto aos fatores do POMS e tendo em conta a distribuição dos valores numa escala de 0 a 24, valores reduzidos no que diz respeito ao fator T (M = 7,60, DP = 3,72), fator D (M = 4,18, DP = 4,93), fator H (M = 6,00, DP = 5,29), fator F (M = 6,13, DP = 4,25), fator C (M = 7,31, DP = 3,65) e fator EDT (M = 3,00, DP = 3,92), já no fator V os valores podem ser considerados moderados (M = 13,87, DP = 5,55) (Tabela 4).

Tabela 4 – Médias dos fatores relativos ao Perfil de estados de humor

Variáveis POMS	(N=45)
Fator T	
Média	7,60
DP	3,72
Fator D	
Média	4,18
DP	4,93
Fator H	
Média	6,00
DP	5,29
Fator F	
Média	6,13
DP	4,25
Fator V	
Média	13,87
DP	5,55
Fator C	
Média	7,31
DP	3,65
Fator EDT	
Média	3,00
DP	3,92

ii. Escalas de ansiedade, depressão e stress

Relativamente às escalas do EADS, considerando valores entre 0 e 21 verificaram-se valores reduzidos no que diz respeito à escala A (M = 3,62, DP = 3,96), escala D (M = 2,40, DP = 3,17) e escala S (M = 4,98, DP = 4,41) (Tabela 5).

Tabela 5 - Médias das escalas relativas as Escalas de ansiedade, depressão e stress

Variáveis EADS	(N=45)
Escala A	
Média	3,62
DP	3,96
Escala D	
Média	2,40
DP	3,17
Escala S	
Média	4,98
DP	4,41

b. Análises correlacionais

Tendo em conta o não-cumprimento dos critérios de normalidade da amostra, recorreu-se ao teste de coeficiente de correlação de Pearson com o intuito de explorar a existência de relações significativas entre as variáveis.

i. Correlações entre escalas do teste EADS e fatores do teste POMS

O objetivo desta análise foi o de verificar se os parâmetros avaliados pelos testes se relacionavam entre eles. Pode corroborar-se nas tabelas 6 e 7 que foram encontradas várias correlações: escala A correlaciona-se positivamente com o fator T ($r = ,461$, $p. = ,001$), fator D ($r = ,562$, $p. = ,000$), fator H ($r = ,509$, $p. = ,000$), fator F ($r = ,351$, $p. = ,018$), fator C ($r = ,487$, $p. = ,001$) e fator EDT ($r = ,649$, $p. = ,000$); já a escala D correlaciona-se positivamente com os fatores T ($r = ,366$, $p. = ,013$), D ($r = ,553$, $p. = ,000$), H ($r = ,425$, $p. = ,004$), F ($r = ,357$, $p. = ,018$), C ($r = ,558$, $p. = ,000$) e EDT ($r = ,575$, $p. = ,000$); no que concerne à escala S esta correlaciona-se com os fatores T ($r = ,509$, $p. = ,000$), D ($r = ,401$, $p. = ,006$), H ($r = ,480$, $p. = ,001$), F ($r = ,435$, $p. = ,003$), C ($r = ,447$, $p. = ,002$) e EDT ($r = ,453$, $p. = ,002$). Verificou-se ainda uma correlação negativa entre a escala D e o fator V ($r = -,382$, $p. = ,010$).

Tabela 6 – Correlações entre escalas EADS e fatores T, D, H e F teste POMS

EADS		Fator T	Fator D	Fator H	Fator F
	Correlação de Pearson	,461**	,562**	,509**	,351*
Escala A	Sig.	,001	,000	,000	,018
	N	45	45	45	45
	Correlação de Pearson	,366*	,553**	,425**	,357*
Escala D	Sig.	,013	,000	,004	,018
	N	45	45	45	45
	Correlação de Pearson	,509**	,401**	,480**	,435**
Escala S	Sig.	,000	,006	,001	,003
	N	45	45	45	45

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Tabela 7 - Correlações entre escalas EADS e fatores V, C e EDT teste POMS

EADS		Fator V	Fator C	Fator EDT
	Correlação de Pearson	-,230	,487**	,649**
Escala A	Sig.	,129	,001	,000
	N	45	45	45
	Correlação de Pearson	-,382**	,558**	,575**
Escala D	Sig.	,010	,000	,000
	N	45	45	45
	Correlação de Pearson	-,270	,447**	,453**
Escala S	Sig.	,072	,002	,002
	N	45	45	45

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

ii. Correlações entre os fatores do teste POMS e a variável idade

Com esta análise pretendeu-se avaliar a relação entre os sete fatores que constituem o POMS e a variável idade. Como se pode verificar na tabela 8, não foram verificadas correlações significativas entre os fatores do POMS e a variável idade verificam-se, no entanto, que as correlações observadas foram negativas o que significa que ao aumento duma variável corresponde uma redução da outra variável.

Tabela 8 – Correlação entre POMS e Idade

POMS		Idade
Fator T	Correlação de Pearson	,191
	Sig.	,210
	N	45
Fator D	Correlação de Pearson	-,169
	Sig.	,267
	N	45
Fator H	Correlação de Pearson	,132
	Sig.	,386
	N	45
Fator F	Correlação de Pearson	,095
	Sig.	,535
	N	45
Fator V	Correlação de Pearson	,134
	Sig.	,380
	N	45
Fator C	Correlação de Pearson	-,149
	Sig.	,329
	N	45
Fator EDT	Correlação de Pearson	-,023
	Sig.	,880
	N	45

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

iii. Correlações entre os fatores do teste POMS e o tempo de lesão

O objetivo desta análise consistiu em avaliar a relação entre os sete fatores que constituem o POMS e o tempo de lesão. É possível verificar na tabela 9, apresentada em seguida, que apenas se verificou uma correlação marginalmente significativa ($r = -,283$, $p = .06$), valor que se destaca uma vez que os restantes fatores quando correlacionados com o tempo de lesão apresentam valores afastados dos valores definidos para a significância, contudo, observaram-se correlações negativas o que significa que ao aumento duma variável corresponde uma redução da outra variável.

Tabela 9 – Correlação entre POMS e o Tempo de lesão

POMS	Tempo de Lesão	
Fator T	Correlação de Pearson	-,283
	Sig.	,060
	N	45
Fator D	Correlação de Pearson	-,079
	Sig.	,607
	N	45
Fator H	Correlação de Pearson	-,147
	Sig.	,336
	N	45
Fator F	Correlação de Pearson	-,126
	Sig.	,409
	N	45
Fator V	Correlação de Pearson	-,085
	Sig.	,578
	N	45
Fator C	Correlação de Pearson	-,074
	Sig.	,628
	N	45
Fator EDT	Correlação de Pearson	-,036
	Sig.	,815
	N	45

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

iv. Correlações entre as escalas do teste EADS e a idade

Realizou-se esta análise com o intuito de verificar se existem correlações entre as três escalas do teste EADS e a variável idade. Verificou-se que não foram observadas correlações entre a variável e as escalas em análise, como se pode observar seguidamente na tabela 10, no entanto, as correlações observadas foram negativas o que significa que ao aumento duma variável corresponde uma redução da outra variável.

Tabela 10 - Correlação entre EADS e Idade

EADS		Idade
Escala D	Correlação de Pearson	-,239
	Sig.	,113
	N	45
Escala A	Correlação de Pearson	-,181
	Sig.	,233
	N	45
Escala S	Correlação de Pearson	-,054
	Sig.	,725
	N	45

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

v. Correlações entre as escalas do teste EADS e o tempo de lesão

As análises realizadas visaram averiguar a existência correlações entre as três escalas do teste EADS e o tempo de lesão. É possível observar na tabela 11 que não foram observados correlações estatisticamente significativas, no entanto, as correlações observadas foram negativas o que significa que ao aumento duma variável corresponde uma redução da outra variável.

Tabela 11 - Correlação entre EADS e Tempo de lesão

EADS	Tempo de Lesão	
Escala D	Correlação de Pearson	-,174
	Sig.	,254
	N	45
Escala A	Correlação de Pearson	,034
	Sig.	,824
	N	45
Escala S	Correlação de Pearson	-,149
	Sig.	,329
	N	45

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

c. Análises diferenciais

De novo, uma vez que a amostra não cumpriu os critérios de normalidade, foi realizado um teste não paramétrico (Teste U de Mann-Whitney) para comparação entre as variáveis.

i. Análise diferencial entre os fatores do teste POMS e a variável sexo

Ao recorrer ao teste de Mann-Whitney, não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo no que diz respeito aos fatores do instrumento POMS (tabela 12).

Tabela 12 – Diferenças entre POMS e sexo

POMS	Sexo	
Fator T	Mann- Whitney	59,000
	Z	-,183
	Sig.	,881
Fator D	Mann- Whitney	44,000
	Z	-,876
	Sig.	,418
Fator H	Mann- Whitney	53,000
	Z	-,457
	Sig	,683
Fator F	Mann- Whitney	48,000
	Z	-,685
	Sig	,529
Fator V	Mann- Whitney	54,500
	Z	-,388
	Sig	,715
Fator C	Mann- Whitney	51,500
	Z	-,526
	Sig	,620
Fator EDT	Mann- Whitney	59,000
	Z	-,186
	Sig	,881

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

ii. Análise diferencial entre os fatores do teste POMS e a variável idade

Ao realizar a análise estatística para verificar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os fatores do teste POMS e a variável idade, as mesmas não se observaram (tabela 13).

Tabela 13 - Diferenças entre POMS e idade

POMS		Idade
Fator T	Mann- Whitney	129,000
	Z	-1,264
	Sig.	,218
Fator D	Mann- Whitney	134,500
	Z	-1,121
	Sig.	,274
Fator H	Mann- Whitney	143,000
	Z	-,878
	Sig	,396
Fator F	Mann- Whitney	152,000
	Z	-,630
	Sig	,545
Fator V	Mann- Whitney	142,500
	Z	-,890
	Sig	,381
Fator C	Mann- Whitney	139,000
	Z	-,987
	Sig	,338
Fator EDT	Mann- Whitney	169,500
	Z	-,154
	Sig	,883

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

iii. Análise diferencial entre os fatores do teste POMS e a variável tempo de lesão

Com recurso ao teste de comparação de médias de Mann-Whitney, constatou-se que se apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre a variável tempo de lesão quanto ao fator T ($Z(45,000) = -3,079$, $p = ,001$), fator D ($Z(62,000) = -2,573$, $p = ,009$), fator H ($Z(29,500) = -3,537$, $p = ,000$), fator F ($Z(36,500) = -3,321$, $p = ,000$) e fator C ($Z(74,000) = -2,207$, $p = ,027$) do teste POMS (tabela 14).

Tabela 14 - Diferenças entre POMS e tempo de lesão

POMS		Tempo de lesão
Fator T	Mann- Whitney	45,000
	Z	-3,079
	Sig.	,001
Fator D	Mann- Whitney	62,500
	Z	-2,573
	Sig.	,009
Fator H	Mann- Whitney	29,500
	Z	-3,537
	Sig	,000
Fator F	Mann- Whitney	36,500
	Z	-3,321
	Sig	,000
Fator V	Mann- Whitney	87,500
	Z	-1,801
	Sig	,072
Fator C	Mann- Whitney	74,000
	Z	-2,207
	Sig	,027
Fator EDT	Mann- Whitney	96,000
	Z	-1,581
	Sig	,128

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

iv. Análise diferencial entre as escalas do teste EADS e a variável sexo

Ao analisar os dados com recurso ao teste de Mann-Whitney, não se constatarem diferenças estatisticamente significativas entre a variável sexo no que diz respeito as escalas do EADS (tabela 15).

Tabela 15 - Diferenças entre EADS e sexo

EADS		Sexo
Escala A	Mann- Whitney	53,000
	Z	-,466
	Sig.	,683
Escala D	Mann- Whitney	55,000
	Z	-,368
	Sig.	,747
Escala S	Mann- Whitney	59,500
	Z	-,160
	Sig	,881

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

v. Análise diferencial entre as escalas do teste EADS e a variável idade

Após a análise dos dados através do teste de comparação de médias de Mann-Whitney não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as escalas do teste EADS e a variável idade (Tabela 16).

Tabela 16 - Diferenças entre EADS e sexo

EADS		Idade
Escala A	Mann- Whitney	132,000
	Z	-1,203
	Sig.	,250
Escala D	Mann- Whitney	117,500
	Z	-1,587
	Sig.	,118
Escala S	Mann- Whitney	162,000
	Z	-,358
	Sig	,737

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

vi. Análise diferencial entre as escalas do teste EADS e a variável tempo de lesão

Recorrendo ao teste de comparação de médias de Mann-Whitney, constatou-se que apenas de verificam diferenças marginalmente significativas entre a escala S e o tempo de lesão ($Z(84,000) = -1,915$, $p = ,058$) como se pode verificar e seguida (tabela 17).

Tabela 17 – Diferenças entre EADS e tempo de lesão

EADS		Tempo de lesão
Escala A	Mann- Whitney	103,000
	Z	-1,369
	Sig.	,190
Escala D	Mann- Whitney	123,500
	Z	-,735
	Sig.	,474
Escala S	Mann- Whitney	84,000
	Z	-1,915
	Sig	,058

Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

3. Discussão de Resultados

A primeira hipótese proposta focou-se em verificar se a presença de uma lesão seria promotora de maior sintomatologia psicológica.

Não foi possível, no entanto, verificar-se esse aumento na presente amostra contrariamente ao defendido por Sakamoto, Parcesepe e Bojikian, (2008) e Kubler-Ross (1969; citado por Veloso & Pires, 2007) quando este definiu as cinco fases psicológicas da lesão, pressupondo assim um efeito nocivo da lesão na componente psicológica dos atletas. No entanto, ao serem definidas estas cinco fases também é defendido que a rapidez de passagem de fase para fase varia de jogador para jogador, pelo que os atletas lesionados podem ter realizado estas fases celeremente. O facto de não se verificarem alterações significativas a nível psicológico nesta amostra pode dever-se também ao facto de estes atletas não serem atletas de alta competição, não sendo assim na sua maioria esta prática desportiva a sua principal fonte de rendimento e não sendo a lesão impeditiva de um bom desempenho da sua atividade profissional principal.

A segunda hipótese prendeu-se com a procura de diferenças entre os elementos da amostra relativamente à variável sexo e as variáveis psicológicas. Esta diferenciação não se verificou para esta variável em concreto, o que nos indica que não há diferenças significativas a nível das variáveis psicológicas no que concerne à variável sexo.

Tal como Silva (2011) defendeu, ao longo da evolução humana sempre houve uma clara distinção entre o estatuto do homem e da mulher a todos os níveis, como é claro o desporto não poderia deixar de ser um desses níveis, até no desporto é suposto que homem e mulheres representem papéis diferentes “adequados” à sua condição sexual. As mulheres caracterizadas como mais frágeis, mais emotivas e sensíveis, já os homens fortes, viris e inabaláveis. Contudo com o evoluir das espécies estes papéis inicialmente tão distintos tenderam a esbater-se, não por completo é certo, mas estes padrões socialmente definidos foram-se alterando, e como se pode verificar pelos resultados deste estudo as diferenças entre sexos não são agora tão notórias

podendo o sexo feminino mostrar-se indiferenciado a nível psicológico do sexo masculino pelo menos no que respeito diz a este trabalho de investigação.

No que à terceira hipótese diz respeito, verificou-se que a variável idade não se relaciona com as variáveis avaliadas pelos instrumentos, pelo que se pode perceber que a idade não tem um papel de destaque no que respeito diz à sintomatologia psicológica presente no decorrer de uma lesão, no entanto, foi possível verificar com esta amostra que existe uma diferença negativa significativa entre a idade e as variáveis em análise, ou seja, quanto mais velho o atleta, menor sintomatologia psicológica, o que indica resultados semelhantes aos verificados por Ribeiro, Oliveira & Silva (2013), que na sua revisão de literatura verificaram que van wilgen, Kaptein & Brink (2010) “ao estudar atletas com uma idade de 30 anos em média, praticantes de vários esportes, verificaram uma elevada controlabilidade psicológica com relação à lesão em sua amostra”.

A quarta hipótese, ou seja, a existência de uma correlação entre a variável tempo de lesão e os fatores e escalas avaliados, à semelhança das hipóteses anteriores não obteve correlações significativas com exceção de uma correlação marginalmente significativa entre o tempo de lesão e o fator T do teste POMS ($p = .060$), facto de destacar por ser o valor mais aproximado de uma correlação significativa entre várias correlações sem significância. Esta correlação marginalmente significativa indicia que o tempo de lesão pode estar correlacionado com um estado de tensão ou ansiedade no atleta, contudo não se pode considerar este valor como relevante uma vez que se trata, como já referido anteriormente, de uma correlação marginalmente significativa que ultrapassa os valores definidos para a significância. Como tal não podemos afirmar que sejam verdadeiramente encontradas correlações entre o tempo de lesão e os testes utilizados.

Foi também possível através da análise diferencial verificar que existem diferenças significativas entre o tempo de lesão e os fatores T, D, H, F e C, e o tempo de lesão e a escala S, o que nós indica que quanto mais tempo de lesão menor deverá ser a sintomatologia psicológica apresentada pelo atleta. Estes resultados podem indicar que há quanto mais tempo o atleta se encontra

lesionado mais tempo terá para superar as cinco fases psicológicas da lesão definidas por Kubler-Ross (1969; citado por Veloso, S & Pires, A.P., 2007).

Os dados obtidos da análise desta variável apontam num sentido oposto aos defendidos por Brewer (1994, citado por Lomba, 2006) que defendia que um maior tempo de lesão se refletiria num nível mais elevado de stress, no entanto, o mesmo autor refere que alterações negativas na vida quotidiana do atleta devido à lesão podem também causar um nível de stress mais alto, circunstância que não se verifica na maior parte da amostra recolhida. Este fator pode assim funcionar como fator protetor, uma vez que, ao manter o seu quotidiano o mais aproximado do normal possível o atleta não se sentirá tão incapacitado e não se deixara influenciar tão negativamente pela lesão.

Por último surge a quinta hipótese, que pretendia verificar se os testes utilizados se correlacionavam entre si. Como esperado foi possível verificar que os mesmos se correlacionam entre si, com exceção do fator V (vigor- atividade) que apenas apresenta uma correlação negativa com a escala D, o que indica que quando uma das variáveis aumenta a outra diminui, ou seja, se os níveis de depressão forem mais elevados os níveis de vigor serão menores. Estes resultados permitem verificar que os testes se correlacionam entre si, o que indica que apesar de fazerem parte de testes diferentes se encontram em consonância.

IV. Parte - Conclusão e considerações finais

1. Conclusão, Limitações e Sugestões

Com a presente investigação pretendeu-se verificar primeiramente se a presença de uma lesão seria um fator preditor de maior sintomatologia psicológica num atleta, contudo, na amostra recolhida tal não se verificou, uma vez que, ao analisar os resultados, os mesmos não se revelaram significativos para a existência de alterações psicológicas, o que sugere que nesta amostra não se verificaram mudanças de nível psicológico devido à lesão.

Foram ainda colocadas várias outras hipóteses para esta investigação, como por exemplo, se existia relação entre a variável sexo e as variáveis avaliadas pelos instrumentos utilizados, hipótese que também não se confirmou uma vez que também para esta relação os resultados se revelaram sem significância. O que indica que apesar de socialmente Homens e Mulheres tenderem a desempenhar papéis diferentes, no que concerne aos elementos constituintes da amostra do presente trabalho, pode verificar-se que ambos os sexos apresentam uma resposta emocional semelhante.

Relativamente à variável idade, quando relacionada com as variáveis em estudo não obteve também resultados que comprovassem que para a amostragem estudada se relacionava em termos de idade com as variáveis estudadas, contudo, foi possível verificar que quanto maior a idade menor sintomatologia psicológica à semelhança do estudado por Ribeiro, Oliveira & Silva (2013).

Comparativamente com as hipóteses abordadas anteriormente o tempo de lesão também não obteve uma relação significativa com as escalas e os fatores dos testes aplicados, contudo, à semelhança do que se verificou relativamente à variável idade, também a nível do tempo de lesão foram encontradas diferenças significativas entre o tempo de lesão e a existência de sintomatologia psicológica, o que significa que para a amostra em análise quanto maior o tempo de lesão menor a sintomatologia psicológica apresentada, facto que vai contra o verificado por outros autores.

A única hipótese que se confirmou nesta investigação foi a existência de relação entre os instrumentos utilizados, ocorrência que indica que apesar de

serem testes diferentes, de autores diferentes e até com número diferente de itens ambos se destinam a avaliar constructos semelhantes.

Ao longo da realização desta investigação vários foram os obstáculos que se levantaram, logo à partida aquela que se pretendia que fosse uma investigação com atletas de alta competição resultou em entraves por parte das instituições que recebem esses atletas, como tal houve necessidade de modificar o público-alvo de forma a ser possível a obtenção de amostragem, porém a dificuldade em obter autorização por parte das instituições e dos próprios atletas também se revelou presente com atletas não designados como de alta competição. As sucessivas recusas de participação, ou atrasos na aprovação para a realização do estudo, associados aos limites temporais impostos para a realização da presente investigação condicionaram fortemente a mesma.

Outra das limitações presentes foi o facto de só haver possibilidade de recolha de dados numa zona muito restrita do país, o que contribuiu para que a amostra não fosse representativa da população em estudo.

Postas estas limitações julga-se pertinente que num futuro próximo seja possível a realização de um estudo longitudinal, com uma amostra representativa da população em estudo, com diferentes momentos de avaliação do atleta para que seja possível verificar as flutuações emocionais ao longo do processo de recuperação do atleta, através de avaliações em diferentes fases da mesma.

Propõem-se ainda um estudo com dois grupos experimentais, para que seja possível verificar se existem diferenças entre os grupos, podendo ser um dos grupos constituído por atletas que não se encontram lesionados, ou por atletas que se encontram lesionados e são acompanhados tanto a nível físico como psicológico.

2. Bibliografia

Andersen, M., & Williams, J. (1988). A model of *stress* and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 10, 294-306.

Andreu, J. M. P., Ortega, E., Fayos, E. J. G., Olmedilla, A. (2014). Perfiles de personalidad relacionados con la vulnerabilidad del deportista a lesionarse. *Revista de Psicología del Deporte*, 23(2), 431-437.

Barata, N. C. (2013). Insuficiência renal crónica relação diádica e qualidade de vida. Porto: LivPsic.

Boere, C. G. (2006). *Personality Theories*. Pensilvânia: Shippensburg University.

Cruz, J. F. A., et. all. (1996). *Manual de psicologia do desporto*. Braga: Luografe.

De Moraes, D., & Knijnik, J. (2009). Estudo qualitativo sobre a opinião de atletas juvenis de tênis de campo sobre a sua preparação psicológica para a competição. (Portuguese). *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 97-113.

Dias, C., Cruz, J. F., & Fonseca, A. M. (2009). Emoções, *stress*, ansiedade e coping: estudo qualitativo com atletas de elite. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9(1), 9-23.

Gimeno, F., Buceta, J., & Pérez-Llantada, M., (2007). Influencia de las variables psicológicas en el deporte de competición: evaluación mediante el cuestionario Características psicológicas relacionadas con el rendimiento desportivo. (Spanish). *Psicothema*, 19(4), 667-672.

Greaves, T. (2010). Heidegger. Brasil: Penso Editora.

Lane, A. M., Thelwell, R., & Devonport, T. J. (2009). Emotional Intelligence and Mood States associated with Optimal Performance. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 5(1), 67-73.

Lazarus, R. S. (1996). *Psychological stress and the coping process*. Nova Iorque: McGraw-Hill.

Lipp, M. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 537-548

Lomba, N. P. (2006). A dimensão psicológica no processo de reabilitação da lesão desportiva: Uma perspectiva de profissionais de medicina desportiva. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

OMS (2002). Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi Editores

Pais-Ribeiro, J.L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª edição). Porto: Legis Editora.

Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 5 (2), 229-239

Paul, M., Khanna, N., & Sandhu, J. S. (2011). Psychomotor Performance as an Indicator of Training Distress Among Athletes. *Brazilian Journal of Biomotricity*, 5, 175-85.

Pesca, A. D. (2004). *Intervenção Psicológica em um trabalho interdisciplinar na recuperação de atletas lesionados de futebol*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Prentice, W. E. (2012). *Fisioterapia na prática esportiva: Uma abordagem baseada em competências*. (14ª edição). Nova Iorque: McGraw-Hill Education.

Ribeiro, V. B., Oliveira, S. R. G. & Silva, F. G. (2013). Preditores psicológicos, reações e o processo de intervenção psicológica em atletas lesionados. *Ciências & Cognição*, 18(1), 070-088.

Rivero, C. (2009). Depressão: Um desafio às emoções. *Catarina Rivero Web site*. Acedido Outubro 10, 2014, em <http://catarinarivero.com/depressao.php>.

Rodrigues, A. M. F. M. (2007). O doente com dor crónica: Estudo da repercussão na ansiedade, na depressão e nas atividades de vida diária. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto; Portugal.

Román, S., & Savoia, M. (2003). Pensamentos automáticos e ansiedade num grupo de jogadores de futebol de campo. (Portuguese). *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (2), 13-22.

Rotella, R. e Heyman, S. (1991). El esters, las lesions y la rehabilitacion psicológica de los deportistas. *In: Williams, J. (Ed.). Psicología Aplicada Al Deporte*. Madrid, Biblioteca Nueva, XXI, pp. 493-522.

Sakamoto, M., Parcesepe, R., & Marcondes Bojikian, J. (2008). A contribuição da intervenção psicológica na recuperação do atleta de voleibol lesionado. (Portuguese). *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 7(3), 103-109.

van Wilgen, C., Kaptein, A. A., & Brink, M. S. (2010). Illness perceptions and mood states are associated with injury-related outcomes in athletes, *Disability and Rehabilitation*, 32(19), 1576-85. doi:10.3109/09638281003596857.

Vast, R., Young, R., & Thomas, P. (2010). Emotions in sport: Perceived effects on attention, concentration, and performance. *Australian Psychologist*, 45(2), 132-40. doi:10.1080/00050060903261538.

Veloso, S., & Pires, A.P. (2007). A psicologia das lesões desportivas: importância da intervenção psicológica. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no desporto*, 1 (21), 38-47.

Werneck, F. Z. & Navarro, C. A. (2011). Nível de atividade física e estado de humor em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (2), 189-193

Wiethorn, R. C., (2006). Um plano de marketing para elo consultoria empresarial. Relatório de estágio, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Anexos