

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

MATHEUS MACÊDO DA SILVA
TALITA TRINDADE FRANÇA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ESTADO DE SAÚDE MENTAL E OCORRÊNCIA DE
LESÕES NOS ATLETAS PROFISSIONAIS DE FUTEBOL NO CAMPEONATO
BRASILIENSE, CANDANGÃO**

BRASÍLIA

2021

MATHEUS MACÊDO DA SILVA

TALITA TRINDADE FRANÇA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ESTADO DE SAÚDE MENTAL E OCORRÊNCIA DE
LESÕES NOS ATLETAS PROFISSIONAIS DE FUTEBOL NO CAMPEONATO
BRASILIENSE, CANDANGÃO**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Márcio de Paula e Oliveira

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

Aos Clubes de Futebol, pela disponibilidade e colaboração com o nosso estudo.

Aos participantes da pesquisa pela disponibilidade, paciência e entendimento acerca da importância da pesquisa, demonstrando preocupação e proatividade em prol de melhorias em seu desempenho esportivo e qualidade de vida.

Ao orientador, Márcio e co-orientador, Pedro Crema, por serem sempre solícitos, exercendo de maneira digna seu papel e nos guiando durante todo o trabalho realizado. Ao Dr. Moacir, por reforçar a importância da Saúde Mental e sua relação com o rendimento do indivíduo em todos os âmbitos da vida. Ao Dr. Paulo Lobo, pelo respaldo e incentivo à pesquisa.

Ao Instituto de Pesquisa e Ensino (IPE) do Hospital HOME, pela oportunidade e apoio. Ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) por todo suporte e auxílio ao longo do estudo.

Aos amigos e familiares que nos apoiaram ao longo destes meses, compreendendo o tempo dedicado e todos os nossos compromissos relacionados à pesquisa.

Obrigado!

RESUMO

No contexto do futebol competitivo, cobra-se excelência nos diferentes níveis de desempenho, havendo uma pressão natural individual que pode levar à ansiedade e depressão. Percebeu-se que, com certa frequência, após a ocorrência de lesões musculoesqueléticas, surgiam sintomas desses transtornos mentais comuns. Busca-se, portanto, entender a relação entre as lesões físicas e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Em um cenário de contusão, comparando jogadores ilesos com não ilesos, houve presença de maiores escores de depressão e pontuações de ansiedade por parte dos primeiros. Mulheres possuem o dobro da taxa de prevalência para ansiedade do que os homens. O futebol, assim como qualquer esporte, tende a ser um fator de alívio no estresse e ansiedade. Todavia, pode ter o efeito contrário, quando aliado negativamente à pressão por excelentes desempenhos, cobranças excessivas por parte da torcida e imprensa, assim como a cobrança individual, muitas vezes desnecessária. A partir de um momento de lesão, o atleta vivencia diversos sentimentos: perda de identidade, negação, isolamento, medo, descrença e esgotamento mental. Devido a isso e à incapacidade de treinar e participar das competições, ocorre um declínio de sua condição física, levando à perda de confiança e potencial de desenvolver estados depressivos e ansiosos. Buscando avaliar essa correlação positiva, os dados foram coletados através dos questionários IDB e PSWQ. Foram obtidas 64 respostas de atletas, sendo 26 do futebol feminino e 38 do masculino. Desse total, 57,8% já sofreram alguma lesão na carreira. Confirmou-se correlação positiva entre história de lesão prévia e transtorno de ansiedade ou depressão, todavia a diferença de sexo não foi um fator significativo na comparação entre prevalência dos transtornos mentais. Em vista disso, é imprescindível haver maior atenção à saúde mental dos atletas de futebol profissional, trabalhando com projetos, mediante participação de especialistas, a longo prazo, que visem o acompanhamento constante do jogador.

Palavras-chave: depressão; ansiedade; lesão; futebol; esporte.

LISTAS DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS, GRÁFICOS, SÍMBOLOS E ABREVIações

Tabela 1. Graus de sintomas depressivos detectados nos atletas
..... 14

Tabela 2. Graus de sintomas ansiosos detectados nos atletas
..... 14

Gráfico 1. Percentual de atletas afetados por ansiedade e depressão, ansiedade ou depressão e ausência de ambas
..... 14

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
3	MÉTODO	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
	REFERÊNCIAS	17
	APÊNDICES	22
	ANEXOS	24

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa está inserida nos estudos relacionados à prevenção de lesões no futebol profissional. A questão que motivou a realização de tal pesquisa foi a relação entre a ocorrência de lesões e o estado de saúde mental dos atletas de ambos os sexos.

No contexto do futebol competitivo, aspectos relacionados à sua prática exigem dos profissionais um excelente nível de desempenho, tanto no âmbito físico, técnico, tático e também emocional, requerendo dos mesmos a superação dos obstáculos como lesões, distância de familiares em prol de competições, treinamento excessivo, problemas pessoais, exposição midiática demasiada, cobrança da torcida, patrocinadores e dirigentes (NASCIMENTO et al, 2010). Os atletas tendem a estabelecer altos padrões a serem atingidos e desenvolvem características perfeccionistas que podem ser úteis em algumas situações, mas que se tornam prejudiciais quando combinadas com a autocrítica excessiva ou foco no resultado (TARANIS e MEYER, 2010). A pressão para o sucesso aliada à forma como os atletas interpretam suas falhas e erros no desempenho esportivo são fatores que podem gerar aumento da sua ansiedade (HORIKAWA, YAGI, 2012) e até depressão (NIXDORF et al, 2016).

Neste aspecto, é importante atentar-se para a relação entre a ocorrência de lesões e aspectos psicológicos comuns entre os jogadores. Um estudo realizado com 22 jogadores avaliados ao longo de 16 semanas de jogos através da aplicação de questionários, evidenciou que o estresse agudo contribuiu para risco de lesão (LAUX et al, 2015). Em outro estudo realizado com 594 jogadores, foi demonstrado que lesões musculoesqueléticas graves, durante uma carreira no futebol, correlacionam-se positivamente com o sofrimento, ansiedade e distúrbios do sono (GOUTTERBAGE et al, 2015a). Uma pesquisa também indicou uma predição que sustenta a hipótese de que jogadores de futebol profissional que sofreram lesões musculoesqueléticas severas tendem a desenvolver sintomas subsequentes de transtornos mentais comuns (KILIÇ et al, 2018). Por fim, um estudo sugeriu que a probabilidade de lesão é principalmente influenciada por comportamentos impulsivos e pelos altos escores em uma escala de ansiedade (MADZAR et al, 2017). Nota-se, portanto, uma relação íntima entre estado de saúde mental e a ocorrência de lesões, tanto como causa, quanto como consequência.

No que concerne à diferença acerca de saúde mental entre os sexos, a prevalência de depressão observada na população varia de 5 a 9 % para mulheres e 2 a 3 % para homens. O risco deste transtorno durante a vida é de 10 a 25 % para mulheres e 5 a 12 % para os homens, o que indica, a partir da adolescência, uma prevalência duas vezes maior que os homens (APA, 1994; LAFER, 1996). Entre atletas ativos, na maioria dos estudos, uma prevalência mais alta de depressão em jogadores do sexo feminino do que em jogadores do sexo masculino foi relatada. (ARMSTRONG e OOMEN-EARLY, 2009; BREWER E PETRIE, 1995; FRANK, 2013; GULLIVER, 2015; NIXDORF, 2013)

Apesar da relevância do tema, estudos científicos sobre a saúde mental de atletas são raros (PROCTOR E BOAN-LENZO, 2010; REARDON E FACTOR, 2010; STORCH, 2005), sendo a maior parte realizada com atletas amadores ou semi-profissionais (WEIGAND, COHEN E MERENSTEIN, 2013; WOLAIN, GROSS E HONG, 2015; YANG, 2014; GOUTTEBARGE, AOKI E KERKHOFFS, 2015; KILIÇ, 2018) ou de modalidades esportivas diversas (GOUTTEBARGE, 2014; GOUTTEBARG, FRINGS-DRESEN E SLUITER, 2015c; GOUTTEBARGE 2017; JUNGE, 2016). Além disso, nota-se a escassez na literatura de estudos que correlacionam a lesão esportiva e o acometimento da saúde mental de atletas do futebol especificamente, assim como as pesquisas comparativas entre ambos os sexos dentro da modalidade. Dessa forma, o estudo tem como principal objetivo estudar a relação entre as lesões físicas ocorridas e a sintomatologia depressiva e ansiosa em jogadores profissionais da modalidade futebol, de ambos os sexos, através de um estudo quantitativo. Dessa forma, visa-se compreender melhor as lesões e os fatores psicológicos associados a elas, muitas vezes passíveis de intervenção.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O esporte é frequentemente usado como um mecanismo para o controle de várias doenças, bem como do estresse e/ou ansiedade (DE GODOY, 2002) e também é vivenciado para buscar uma vida saudável (DE GODOY, 2002). Todavia, quando a prática do esporte envolve competições, treinamento exacerbado ou quando se torna um trabalho gerador da sua fonte de renda, tem potencial de se transformar em um estressor na vida de atletas quando submetidos a cobranças e pressão (externa e interna), podendo implicar negativamente na sua rotina de forma ampla (VERARDI, 2012). Pouco se fala nas

consequências disso relacionadas ao desempenho físico dos atletas; contudo, a atenção à saúde mental dos jogadores é de fundamental importância para o bom rendimento e qualidade de vida dos mesmos.

Os transtornos de Saúde Mental constituem um problema global. Na população geral, cerca de 322 milhões de pessoas sofrem com depressão em todo o mundo – 4,4% da população - e 264 milhões de pessoas sofrem com transtornos de ansiedade, uma média de 3,6%. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, eram 5,8% de brasileiros com depressão e 9,3% milhões com transtorno de ansiedade, fazendo do Brasil o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão (OMS, 2017). Na idade adulta, surgem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais, devido à vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo (DE ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006). Dados coletados em quatro importantes estudos epidemiológicos realizados no Brasil, Holanda, Canadá e Estados Unidos indicam que a razão entre as taxas de prevalência de ansiedade em mulheres e homens é de aproximadamente 2:1, tendo como idade de início o final da adolescência e meados da vida adulta (KESSLER et al., 2002). A depressão configura a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. No mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, sendo precedida somente por tuberculose (DE ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006).

No esporte, os fatores emocionais devem ser compreendidos e estudados na psicologia do esporte, pois podem influenciar os atletas na prática de modalidades esportivas, gerando um mau desempenho na sua carreira dentro do esporte (WEINBERG; GOULD, 2017). Atualmente estima-se que os atletas podem desenvolver problemas de saúde mental em uma proporção semelhante à da população geral (GULLIVER, et al., 2015; RICE et al., 2016), evidenciando-se, ainda, maior ocorrência de algumas condições, como transtornos alimentares (SUNDGOT-BORGEN e TORSTVEIT, 2004), ansiedade e depressão em alguns esportes (GOUTTEBARGE, et al., 2015a), além de abuso de substâncias que melhoram o desempenho esportivo (MCDUFF e BARON, 2005).

Goutteborge (2015) estudou sobre a prevalência dos transtornos de saúde mental em atletas membros do FIFPro e associações nacionais de atletas da Austrália, Irlanda, Holanda, Nova Zelândia e Estados Unidos, encontrando uma prevalência de sintomatologia de 5% de *burnout* e 26% ansiedade/depressão, em 149 jogadores ativos. O primeiro estudo a explorar a incidência de sintomas de transtornos mentais comuns entre os futebolistas profissionais também foi realizado por Goutteborge, em 2016, no qual avaliou 384 jogadores profissionais de 05 países europeus. Os jogadores tinham a idade média de 27 anos e a incidência de sintomas foi de 12% para estresse, 37% para ansiedade/ depressão, 19% para distúrbios do sono e 14% para abuso de álcool. O estudo não associou sintomas de transtornos mentais comuns com o início de lesões musculoesqueléticas, mas enfatiza a abordagem médica interdisciplinar, que não se concentra apenas no físico.

Outro estudo, realizado também em 2016, demonstrou que a prevalência da depressão dos jogadores masculinos e femininos da principal liga suíça foi semelhante à população geral, sendo menor a prevalência de transtornos de ansiedade entre os atletas. A prevalência de depressão em jogadores masculinos sub-21, contudo, foi maior que a população geral, significando uma influência da idade no acometimento da depressão. Depressão leve à moderada foi identificada em 7,6% dos jogadores, depressão maior em 3% e ansiedade moderada em 1,4% dos jogadores. Ansiedade pelo menos moderada foi encontrada em 1,4% dos jogadores e 50% destes sofriam de depressão concomitantemente (JUNGE E FEDDERMANN-DEMONT, 2016). Quanto a diferença entre os sexos dentro do futebol, Junge (2016) verificou que em média, 1,3 jogador em cada equipe masculina e 2,3 jogadoras em cada equipe feminina da seleção Suíça apresentavam sintomas de, pelo menos, depressão leve. A pontuação para ansiedade também foi menor na população masculina do estudo quando comparada aos escores femininos de ansiedade.

A respeito do estresse no ambiente esportivo, há 3 estímulos estressores: físico, psicológico e social. Portanto, define-se o estresse como o conjunto de reações somáticas e psicológicas de um atleta frente aos desafios e exigências que ultrapassam seus limites de lidar com elas. (WEINBERG E GOULD, 2017) Conclui-se então que o indivíduo atinge o estresse quando fica impotente de reagir a certas circunstâncias inerentes ao ambiente esportivo. De acordo com o processo de estresse de Mc Grath, há 4 estágios desenvolvidos. O primeiro estágio seria uma situação ameaçadora, a exemplo de uma briga com o árbitro,

provocação com jogador adversário ou pressão da torcida e da imprensa. O segundo estágio seria a percepção da demanda ambiental, em que toma conhecimento do fato, faz uma avaliação cognitiva e decide se aquilo é um fato ameaçador ou estimulante. No terceiro estágio, há as respostas físicas e psicológicas, em que o atleta reage aos agentes estressores, como elevação da pressão arterial e frequência cardíaca, como sintomas biológicos e aumento da ansiedade. O quarto estágio seria o das consequências comportamentais, sendo observados os efeitos da avaliação cognitiva e da demanda ambiental, assim como alterações físicas e psicológicas sobre o desempenho e resultado dos atletas. (WEINBERG E GOULD, 2017). A literatura afirma que quanto maior a importância do evento, maior gerador de estresse ele tende a ser. (RÉ et al, 2004). Portanto, o estresse obtido depende do valor que o atleta dá à competição em vez da competição propriamente dita (CARVALHO, 2010).

De acordo com Machado e Brandão (2006), caso o esportista não tenha adaptação a determinada vivência dentro do contexto de sua modalidade esportiva ou não consiga apresentar equilíbrio pertinente diante das situações exigidas no âmbito do esporte, começam a surgir várias mudanças, como a lesão esportiva, por exemplo, sendo uma das principais alterações geradas por tal fato. Veloso e Pires (2007), inclusive, classificam dois tipos de causa para lesão: primárias, referindo-se a causa imediata da lesão (fratura, rompimento de tendões, distensões e outros fatores) e secundária, relacionadas à doenças e desequilíbrios como apatia, desânimo, depressão e tristeza, que ocorrem ao longo do tempo e tendem a tornar-se mais graves no decorrer da lesão.

Além de consequência, a lesão se configura como causa para um desequilíbrio psicológico do atleta. As lesões são, por si só, um fenômeno muito comum na vida dos jogadores. Um jogador de futebol corre 1000 vezes mais risco de se lesionar durante o exercício da profissão quando comparado a um trabalhador com ocupação industrial típica de alto risco, como indústria transformadora, na construção ou no setor de serviços (ESHGHI, 2011). Segundo Kiliç (2018), em um estudo sobre lesões musculoesqueléticas nos clubes de elite da UEFA, durante as temporadas 2001-2008, uma equipe com 25 atletas poderia esperar cerca de 50 lesões por temporada (EKSTRAND, HAGGLUND E WALDEN, 2010). Em atletas lesionados, as duas reações emocionais mais comuns são frustração e depressão (JOHNSTON E CARROLL, 1998), assim como a ansiedade, a diminuição da auto estima (LEDDY

et al 1994, citado por SAMULSKI E AZEVEDO, 2002) e raiva (KLENK, 2006). Em um cenário de lesão, o jogador cria expectativas, visto que se trata de um episódio estressante da vida.

Quando o atleta entra no processo de reabilitação, perde controle do seu corpo, de diversos campos da vida e também no campo social (BRANNON, 1992). No que diz respeito ao rendimento dos atletas, segundo Moraes (1990), citado em Voser & Campani (2008), há, indubitavelmente, uma relação entre ansiedade e desempenho. Para Dias (2005), nas últimas décadas, muitos pesquisadores têm demonstrado interesse na investigação da ansiedade, visto que é um dos fatores psicológicos mais prejudiciais ao desempenho esportivo. Jungle (2016) indicou em seu estudo que jogadores profissionais de futebol lesionados apresentaram maiores escores de depressão do que jogadores ilesos, assim como maiores pontuações de ansiedade. Dessa forma, fica clara a alta demanda física e mental a qual estão expostos, com conseqüente risco aumentado de lesões e impactos à saúde mental, que podem acarretar conseqüências em curto e longo prazo.

Quando o atleta percebe que está lesionado ele pode vir a se tornar emocionalmente agitado, experimentar emoções oscilantes, sentir-se emocionalmente esgotado, experimentar isolamento, separação e sentir medo, descrença, negação ou autocompaixão. Habitualmente tem a perda de identidade: Atletas que não podem mais participar de treinos e jogos devido a uma lesão, experimentam a perda da identidade pessoal. Sentem-se deprimidos, pois uma parte importante de si mesmo se perde, afetando seu autoconceito (MACHADO E BRANDÃO, 2006). Nos momentos de lesão, vários atletas experimentam um alto nível de medo e ansiedade, pois toda sua preocupação gira em torno da possibilidade de recuperação, com a chance de uma nova lesão e com a possibilidade de serem permanentemente substituídos na equipe. Devido à incapacidade de participar de treinos e competições, ocorre um declínio na condição física do indivíduo, o que leva o atleta a perder a confiança em si mesmo após uma lesão. A baixa confiança pode resultar em motivação diminuída, em desempenho inferior ou até mesmo em uma nova lesão se o atleta desejar compensar o tempo perdido. Pioras no desempenho: Devido à baixa confiança e ao tempo de treino perdido, os atletas podem sofrer um declínio de desempenho após as lesões (MACHADO E BRANDÃO, 2006)

A utilização de questionários eficazes na área do esporte pode auxiliar na avaliação, detecção e possível tratamento de disfunções da saúde mental a que estão vulneráveis. Alguns instrumentos são tradicionalmente utilizados, como o Questionário de Preocupação do Estado da Pensilvânia (PSWQ) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB). O PSWQ é um instrumento de medida de autorrelato, constituído por 16 itens que permitem avaliar a tendência geral para a preocupação excessiva (MEYER et al., 1990). Cada item é composto por 5 níveis de resposta, nas quais 1 representa “nada característico em mim”, 2 “pouco característico em mim”, 3 “relativamente característico em mim”, 4 “muito característico em mim” e 5 “bastante característico em mim”. As pontuações totais variam entre 16 e 80, sendo que pontuações mais altas indicam níveis mais elevados de preocupação. Já o inventário de Beck consiste em uma escala de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (GORESSTEIN et al., 1998).

Dessa forma, nota-se a extrema importância do acompanhamento psicológico dos jogadores de futebol, tendo em vista sua íntima relação com o rendimento e qualidade de vida dos atletas, com conseqüente melhora dos resultados em campo. Assim como o treinamento de força e condicionamento pode ser direcionado à prevenção de lesões a partir da construção de uma resiliência física, um treinamento semelhante pode ser aplicado ao desenvolvimento de resiliência psicológica em atletas e equipes (CURRIE; JOHNSTON, 2016).

3 MÉTODO

A presente pesquisa é um estudo epidemiológico transversal quantitativo. A população deste estudo foi formada por atletas de futebol profissional feminino e masculino do Distrito Federal, sendo incluídos todos aqueles que se voluntariaram para responder ao questionário proposto. Foram excluídos do estudo os atletas não escalados para atuarem no Campeonato Brasileiro de Futebol, Candangão, do ano de 2021. Todos os atletas assinaram o termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE), disponível no apêndice 1. Para aqueles com idade menor de 18 anos, os pais ou responsáveis (técnico) assinaram o Termo de Assentimento para participação na pesquisa.

Os dados foram obtidos através da autoaplicação do IDB e PSWQ pelos jogadores, via formulário eletrônico. O formulário foi elaborado na plataforma *Google Forms*, de acordo com os questionários padrões reconhecidos e validados, disponíveis nos anexos 1 e 2, além da abordagem dos seguintes dados do atleta: sexo, idade e histórico de lesão anterior. O mesmo foi encaminhado aos jogadores antes do início da competição, havendo o prazo de 10 dias para responderem os questionários.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica, sendo realizada uma análise estatística com recurso ao SPSS, versão 25. O nível de significância utilizado foi de 0,05 para um intervalo de confiança de 95%. Foi analisada a estatística descritiva, com estudo das medidas de tendência central (Média e Mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão). As medidas de associação utilizadas são a correlação de Pearson, Pearson Bi-serial por pontos para avaliar variáveis contínuas com outras variáveis contínuas (exemplo: idade X pontuação nos questionários) e a Anova One-Way para comparar variáveis quantitativas entre grupos. Por fim, os dados obtidos foram correlacionados com a literatura vigente na atualidade acerca do assunto. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do UniCEUB, CAAE 35447920.4.0000.0023.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, foram obtidas 64 respostas de três times diferentes, sendo 26 (40,6%) atletas do futebol feminino e 38 (59,4%) do futebol masculino. A idade dos atletas variou de 16 a 39 anos, com uma média de 24,16 anos.

Segundo os dados coletados, 23,4% dos atletas avaliados são afetados por depressão ou ansiedade e 6,25% são afetados concomitantemente pelas duas condições. O gráfico 1 ilustra este acometimento entre os participantes da pesquisa. Os níveis de depressão foram discriminados como sem depressão ou depressão mínima, depressão leve ou moderada e

depressão grave. A ansiedade foi apresentada como normal, pouco acima do normal e muito acima do normal, esta última sem nenhum atleta classificado. Estes resultados estão demonstrados na tabela 1 e 2, respectivamente.

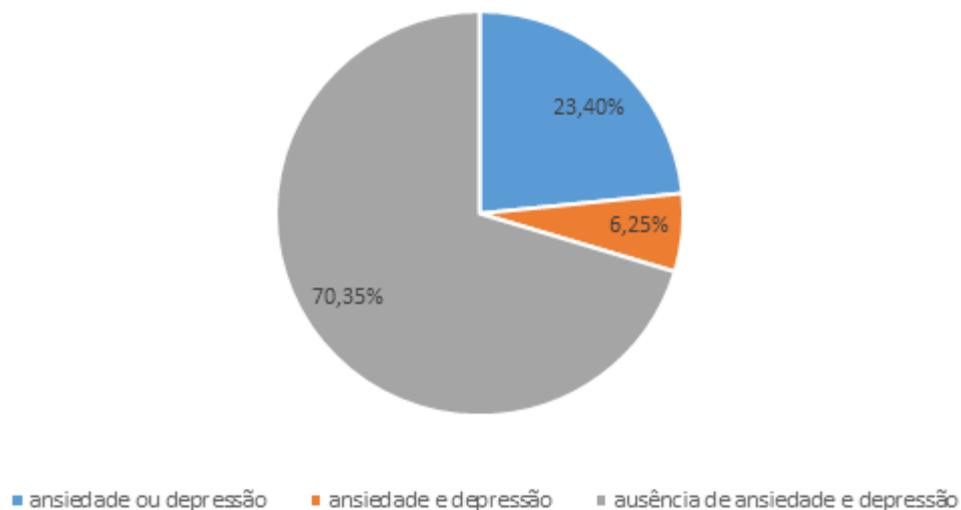


Gráfico 1. Percentual de atletas afetados por ansiedade e depressão, ansiedade ou depressão e ausência de ambas.

GRAU DE DEPRESSÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sem depressão / depressão mínima	54	84,4%
Depressão leve / moderada	9	14,1%
Depressão grave	1	1,6%
TOTAL	64	100%

Tabela 1. Graus de sintomas depressivos detectados nos atletas

GRAU DE ANSIEDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Normal	51	79,7%
Pouco acima do normal	10	15,6%
Moderadamente acima do normal	3	4,7%
TOTAL	64	100%

Tabela 2. Graus de sintomas ansiosos detectados nos atletas

No que se refere ao histórico de lesão, 57,8% dos atletas afirmam ter sofrido alguma lesão durante a carreira. Houve correlação positiva e estatisticamente significativa entre depressão e/ou ansiedade e história de lesão prévia, revelando um $p= 0,027$ no IDB e $p= 0,031$ no PSWQ.

Uma das correlações que inicialmente se percepcionava que pudesse apresentar diferença significativa na prevalência de ansiedade e depressão foi o sexo dos atletas. Contudo, o valor obtido para o nível de significância entre eles foi $P= 0,344$ para IDB e $p= 0,237$ no PSWQ, eliminando desta forma qualquer tipo de correlação entre sexo e prevalência de ansiedade e depressão na população do estudo.

A idade, fator que se esperava influenciar a prevalência dos sintomas ansiosos e depressivos, também não se mostrou um fator determinante, não apresentando correlação com depressão ou ansiedade nesta amostra, com $p= 0,302$ em sua relação com depressão e $p= 0,193$ para ansiedade.

Segundo a coleta de dados, o valor de 23,4% que refere a atletas com ansiedade ou depressão corrobora com o estudo de Goutteborge (2015).

O estudo que indicou a correlação positiva de que jogadores de futebol profissional que sofreram lesões musculoesqueléticas severas tendem a desenvolver sintomas subsequentes de transtornos mentais comuns (KILIÇ et al, 2018) vai de acordo com os resultados do atual estudo, que confirma lesão prévia com o aumento de ansiedade e depressão

O estudo de 2016, de Goutteborge, demonstrou que a prevalência da depressão dos jogadores masculinos e femininos da principal liga suíça foi semelhante à população geral, sendo menor a prevalência de transtornos de ansiedade entre os atletas. A prevalência de depressão em jogadores masculinos sub-21, contudo, foi maior que a população geral, significando uma influência da idade no acometimento da depressão. Esse estudo não corrobora os achados da atual pesquisa, em que não se identificou relevância da idade como fator determinante para transtornos mentais.

De acordo com o estudo de Junge (2016), observou-se maior prevalência de depressão leve no sexo feminino, havendo cerca de 1,3 jogador em cada time masculino e

2,3 jogadoras em cada equipe feminina. Tal indício conflita com os resultados desse estudo, o qual não achou relevância na diferença de sexo para transtorno depressivo. Além da depressão, a ansiedade foi um sintoma discordante entre os estudos, em que não se viu correlação positiva entre os sexos no estudo atual, enquanto foi mais prevalente em mulheres nos resultados de Jung (2016).

Ao longo da pesquisa e da busca por mais estudos disponíveis na literatura, observou-se uma heterogeneidade de ferramentas utilizadas na detecção de sintomas depressivos e, principalmente, ansiosos entre as pesquisas. Isso pode distorcer os resultados, tornando alguns resultados questionáveis. Além disso, a aplicação dos questionários em mais de um momento durante a carreira dos atletas mostrou-se um fator passível de correção em pesquisas futuras, possibilitando maiores comparações e tornando o estudo ainda mais produtivo. O tempo de lesão também é um fator que pode alterar os resultados, devendo ser alvo de atenção em pesquisas que poderão dar continuidade e enriquecer ainda mais o acervo de artigos sobre o tema.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dados coletados, foi constatado que mais da metade dos atletas sofreram lesão e a correlação entre a ansiedade e depressão e a ocorrência de lesões foi significativa. Não foi notada diferença de prevalência de depressão e ansiedade entre homens e mulheres, e nem entre as diferentes idades. Estudos prospectivos para avaliar a interação entre lesões e saúde mental seriam importantes. Por fim, ressalta-se a importância de se dedicar maior atenção à saúde mental dos atletas de futebol profissional, utilizando observações como respaldo para propostas de intervenção capazes de modificar esta relação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, A. et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

ARMSTRONG S, Oomen-Early J. Social connectedness, self-esteem, and depression symptomatology among collegiate athletes versus non-athletes. *J Am Coll Health* 2009;57:521–6.

BARON, David A.; REARDON, Claudia L.; BARON, Steven H. *Clinical Sports Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013.

BARON, David; MCDUFF, David R, Substance use in athletics: a sports psychiatry perspective. *Clinics in sports medicine*, v. 24, n. 4, p. 885-897, 2005.

BARON, Pierre; CAMPBELL, T. Leanne. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: An extension of earlier findings. *Adolescence*, v. 28, n. 112, p. 903, 1993.

BRANNON, Health Psychology, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, Califórnia, 1992

BREWER, B. W.; PETRIE, T. A. A comparison between injured and uninjured football players on selected psychosocial variables. *Academic Athletic Journal*, v. 10, n. 1, p. 11-18, 1995..

CARVALHO, Tatiana Lima. *A Influência do stress e da ansiedade no desempenho esportivo e a importância do treinamento psicológico*. 2010.

CURRIE, Alan; JOHNSTON, Allan. Psychiatric disorders: The psychiatrist's contribution to sport. *International review of psychiatry*, v. 28, n. 6, p. 587-594, 2016.

DE ANDRADE, Laura Helena SG; VIANA, Maria Carmen; SILVEIRA, Camila Magalhães. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 33, p. 43-54, 2006.

DE GODOY, Rossane Frizzo. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. *Movimento*, v. 8, n. 2, p. 7-15, 2002.

DIAS, Cláudia S. *Do stress e ansiedade às emoções no desporto: da importância da sua compreensão à necessidade da sua gestão*. 2005.

DO NASCIMENTO JUNIOR, José Roberto Andrade et al. Análise do estresse psicológico pré-competitivo e estratégias de coping de jovens atletas de futebol de campo. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 18, n. 4, p. 45-53, 2010.

EKSTRAND, J.; HAGGLUND, M.; WALDEN, M. Injury incidence and injury pattern in professional football: the UEFA injury study [published online ahead of print May 29, 2010]. *Br J Sports Med*.

ESHGHI, Abdolreza et al. Identifying groups: A comparison of methodologies. *Journal of Data Science*, v. 9, n. 2, p. 271-291, 2011.

GOUTTEBARGE, V.; SLUITER, J. K. Medical examinations undertaken by Dutch professional football clubs. *Occupational medicine*, v. 64, n. 1, p. 13-16, 2014.

GOUTTEBARGE, Vincent et al. A 12-month prospective cohort study of symptoms of common mental disorders among European professional footballers. *Clinical Journal of Sport Medicine*, v. 27, n. 5, p. 487-492, 2017.

GOUTTEBARGE, Vincent et al. Symptoms of common mental disorders in professional football (soccer) across five European countries. *Journal of sports science & medicine*, v. 14, n. 4, p. 811, 2015a.

GOUTTEBARGE, Vincent; AOKI, Haruhito; KERKHOFFS, Gino. Symptoms of common mental disorders and adverse health behaviours in male professional soccer players. *Journal of Human Kinetics*, v. 49, p. 277, 2015b.

GOUTTEBARGE, Vincent; FRINGS-DRESEN, M. H. W.; SLUITER, Judith K. Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occupational medicine*, v. 65, n. 3, p. 190-196, 2015c.

GULLIVER, Amelia et al. The mental health of Australian elite athletes. *Journal of science and medicine in sport*, v. 18, n. 3, p. 255-261, 2015.

HORIKAWA, Masami; YAGI, Akihiro. The relationships among trait anxiety, state anxiety and the goal performance of penalty shoot-out by university soccer players. *PloS one*, v. 7, n. 4, p. e35727, 2012.

JOHNSTON, Lynne Halley; CARROLL, Douglas. The context of emotional responses to athletic injury: a qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, v. 7, n. 3, p. 206-220, 1998.

JUNGE, Astrid; FEDDERMANN-DEMONT, Nina. Prevalence of depression and anxiety in top-level male and female football players. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, v. 2, n. 1, p. e000087, 2016.

KESSLER, Ronald C. et al. Os efeitos da comorbidade no início e na persistência do transtorno de ansiedade generalizada nas pesquisas ICPE. *Medicina psicológica*, v. 32, n. 7, pág. 1213-1225, 2002.

KILIÇ, Ö. et al. Severe musculoskeletal time-loss injuries and symptoms of common mental disorders in professional soccer: a longitudinal analysis of 12-month follow-up data. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, v. 26, n. 3, p. 946-954, 2018.

KLENK, Courtney A. Psychological response to injury, recovery, and social support: A survey of athletes at an NCAA division I university. 2006.

LAFER, Beny. Transtornos do humor. Manual de psiquiatria. 1996.

LAUX, Philipp et al. Recovery–stress balance and injury risk in professional football players: a prospective study. *Journal of sports sciences*, v. 33, n. 20, p. 2140-2148, 2015.

LI, Hongmei et al. Preseason anxiety and depressive symptoms and prospective injury risk in collegiate athletes. *The American journal of sports medicine*, v. 45, n. 9, p. 2148-2155, 2017.

MACHADO, A. A.; BRANDÃO, M. R. F. Performance esportiva de adolescentes: influências psicológicas externas. *Motriz, Rio Claro*, v.12, n.3, p.262-268, set/dez, 2006.

MADŽAR, Tomislav et al. Psychological aspects of sports injuries among male professional soccer players in Croatia. *Kinesiology: International journal of fundamental and applied kinesiology*, v. 49, n. 1, p. 84-91, 2017.

MEYER, METZGER e BORKOVEC, The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), 1990, adaptado ao português por Jiménez – Ros, A. 2011

NIXDORF, Insa et al. Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, v. 7, n. 4, p. 313-326, 2013.

NIXDORF, Insa; FRANK, Raphael; BECKMANN, Jürgen. Comparison of athletes' proneness to depressive symptoms in individual and team sports: Research on psychological mediators in junior elite athletes. *Frontiers in psychology*, v. 7, p. 893, 2016.

OLIVEIRA, Rui Aragão. Psicologia clínica e reabilitação física: uma abordagem psicoterapia da incapacidade física adquirida. 2001.

Organização Mundial de Saúde-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017

PROCTOR, Steven L.; BOAN-LENZO, Candace. Prevalence of depressive symptoms in male intercollegiate student-athletes and nonathletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, v. 4, n. 3, p. 204-220, 2010.

RÉ, Alessandro Hervaldo Nicolai; DE ROSE JUNIOR, D.; BÖHME, Maria Tereza Silveira. Stress e nível competitivo: considerações sobre jovens praticantes de futsal. *Revista brasileira de Ciência e Movimento*, v. 12, n. 4, p. 83-87, 2004

REARDON, Claudia L.; FACTOR, Robert M. Sport psychiatry. *Sports Medicine*, v. 40, n. 11, p. 961-980, 2010.

RICE, Simon M. et al. The mental health of elite athletes: a narrative systematic review. *Sports medicine*, v. 46, n. 9, p. 1333-1353, 2016.

SAMULSKI, Dietmar; AZEVEDO, Daniel Câmara. Psicologia aplicada às lesões esportivas. *Psicologia do esporte*, p. 277-299, 2002.

SILVERSTEIN, Brett. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, v. 156, n. 3, p. 480-482, 1999.

STORCH, Eric A. et al. Self-reported psychopathology in athletes: a comparison of intercollegiate student-athletes and non-athletes. *Journal of sport behavior*, v. 28, n. 1, 2005.

SUNDGOT-BORGEN, Jorunn; TORSTVEIT, Monica Klungland. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical journal of sport medicine*, v. 14, n. 1, p. 25-32, 2004.

TARANIS, Lorin; MEYER, Caroline. Perfectionism and compulsive exercise among female exercisers: High personal standards or self-criticism?. *Personality and Individual Differences*, v. 49, n. 1, p. 3-7, 2010

VELOSO, S.; PIRES. A. P. A Psicologia das lesões desportivas: importância da intervenção psicológica. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*, Oporto, v.1, n.2, julho, 2007.

VELOSO, Susana; PIRES, Ana Patrícia. A psicologia das lesões desportivas: importância da intervenção psicológica. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*, v. 1, n. 21, p. 38-47, 2007.

VERARDI, Carlos Eduardo Lopes et al. Esporte, stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 29, n. 3, p. 305-313, 2012.

VOSER, R.C. & Campani, M.M. Fatores determinantes da ansiedade em competições de iniciação esportiva. Rio Grande do Sul, 2008.

WEIGAND, Sabrina; COHEN, Jared; MERENSTEIN, Daniel. Susceptibility for depression in current and retired student athletes. *Sports Health*, v. 5, n. 3, p. 263-266, 2013

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WOLANIN, Andrew; GROSS, Michael; HONG, Eugene. Depression in athletes: prevalence and risk factors. *Current sports medicine reports*, v. 14, n. 1, p. 56-60, 2015.

YANG, Jingzhen et al. Influence of symptoms of depression and anxiety on injury hazard among collegiate American football players. *Research in sports medicine*, v. 22, n. 2, p. 147-160, 2014.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento livre (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá à suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após estudo).

Natureza e objetivo do estudo

O objetivo do presente estudo será analisar a relação entre sintomas depressivos e ansiosos e a ocorrência de lesões nos atletas profissionais durante o Campeonato de Futebol do Distrito Federal, visando gerar um banco de dados que respalde propostas de intervenção aos times, estabelecendo possíveis fatores de risco e prevenindo queda de rendimento ou ocorrência de lesões ligadas ao estado mental do atleta.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em responder aos questionários contidos neste formulário eletrônico no prazo determinado. Nele estarão contidas 16 perguntas acerca de sintomas ansiosos e 21 perguntas relacionadas a sintomas depressivos. Ambos os questionários aplicados são validados e utilizados na prática clínica relacionada à saúde mental. Os dados coletados durante a temporada serão posteriormente analisados de forma estatística para embasar programas de prevenção de lesão, assim como evitar ou tratar distúrbios psicológicos já vigentes nos jogadores. O procedimento será realizado no Instituto de Pesquisa e Ensino do Hospital HOME. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e Benefícios

Este estudo não traz maiores riscos ao participante, visto que a aplicação do programa será realizada através de questionários aplicados pelos pesquisadores de maneira on-line.

Caso esse procedimento possa gerar qualquer tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo. Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento acerca do envolvimento da saúde mental no rendimento dos jogadores e também na ocorrência de lesões nos atletas profissionais do Distrito Federal, assim como conhecimento de fatores que as propiciam contribuindo, desta forma, para o delineamento e construção de um programa de prevenção efetivo para estes atletas.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com o aluno pesquisador. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação no estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados apenas pelo aluno pesquisador e pelo professor orientador e não será permitido o acesso a outras pessoas. As matérias contendo suas informações (ficha de caracterização da amostra) ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, durante um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Os resultados serão usados e apresentados em congressos, aulas e palestras pelos alunos pesquisadores ou pelo professor orientador, o mesmo poderá ser submetido à análise para publicação.

ANEXOS

ANEXO 1. Inventário de Depressão de Beck

1.	0 = não me sinto triste 1 = sinto-me triste 2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto 3 = estou tão triste e infeliz que não posso aguentar
2.	0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro 1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro 2 = sinto que não tenho nada por que esperar 3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3.	0 = não me sinto fracassado(a) 1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio 2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos 3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4.	0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer 1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar 2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma 3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5.	0 = não me sinto particularmente culpado(a) 1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo 2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo 3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo
6.	0 = não sinto que esteja sendo punido(a) 1 = sinto que posso ser punido(a) 2 = espero ser punido(a) 3 = sinto que estou sendo punido(a)

7.	<p>0 = não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)</p> <p>1 = sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)</p> <p>2 = sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a)</p> <p>3 = eu me odeio</p>
8.	<p>0 = não sinto que seja pior que qualquer pessoa</p> <p>1 = critico minhas fraquezas ou erros</p> <p>2 = responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas</p> <p>3 = culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem</p>
9.	<p>0 = não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar</p> <p>1 = tenho pensamentos a respeito de me matar mas não os levaria adiante</p> <p>2 = gostaria de me matar</p> <p>3 = eu me mataria se tivesse uma oportunidade</p>
10.	<p>0 = não costumo chorar mais do que o habitual</p> <p>1 = choro mais agora do que costumava chorar antes</p> <p>2 = atualmente choro o tempo todo</p> <p>3 = eu costumava chorar, mas agora não consigo mesmo que queira</p>
11.	<p>0 = não me irrita mais agora do que em qualquer outra época</p> <p>1 = fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava</p> <p>2 = atualmente sinto-me irritado(a) o tempo todo</p> <p>3 = absolutamente não me irrita com as coisas que costumam irritar-me</p>
12.	<p>0 = não perdi o interesse nas outras pessoas</p> <p>1 = interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas</p> <p>2 = perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 = perdi todo o meu interesse nas outras pessoas</p>
13.	<p>0 = tomo as decisões quase tão bem como em qualquer outra época</p> <p>1 = adio minhas decisões mais do que costumava</p> <p>2 = tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes</p> <p>3 = não consigo mais tomar decisões</p>

14.	<p>0 = não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser</p> <p>1 = preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos</p> <p>2 = sinto que há mudanças em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos</p> <p>3 = considero-me feio(a)</p>
15.	<p>0 = posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes</p> <p>1 = preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa</p> <p>2 = tenho que me esforçar muito até fazer qualquer coisa</p> <p>3 = não consigo fazer trabalho nenhum</p>
16.	<p>0 = durmo tão bem quanto de hábito</p> <p>1 = não durmo tão bem quanto costumava</p> <p>2 = acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade de voltar a dormir</p> <p>3 = acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade de voltar a dormir</p>

17.	<p>0 = não fico mais cansado(a) do que de hábito</p> <p>1 = fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava</p> <p>2 = sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa</p> <p>3 = estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa</p>
18.	<p>0 = o meu apetite não está pior do que de hábito</p> <p>1 = meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 = meu apetite está muito pior agora</p> <p>3 = não tenho mais nenhum apetite</p>

19.	<p>0 = não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente</p> <p>1 = perdi mais de 2,5 kg estou deliberadamente</p> <p>2 = perdi mais de 5,0 kg tentando perder peso</p> <p>3 = perdi mais de 7,0 kg comendo menos: () sim () não</p>
20.	<p>0 = não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde</p> <p>1 = preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisões de ventre</p> <p>2 = estou preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais do que isso</p> <p>3 = estou tão preocupado(a) em ter problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa</p>
21.	<p>0 = não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual</p> <p>1 = estou menos interessado(a) por sexo do que acostumava</p> <p>2 = estou bem menos interessado(a) por sexo atualmente</p> <p>3 = perdi completamente o interesse por sexo</p>

ANEXO 2. PSQW

Questionário PSWQ

Instruções: A seguir encontrará uma lista de 16 enunciados acerca das formas de sentir que têm as pessoas. Leia atentamente cada um deles e, aplicando-o a si mesmo, responda fazendo um círculo à volta do número que melhor se ajuste a sua forma de sentir habitual. Tenha em conta que existe um intervalo possível de resposta que oscila entre 1 e 5, isto é:

1.....2.....3.....4.....5

Não é nada característico

É muito característico

em mim

em mim

Assim, por exemplo, se considera que o que diz um enunciado não é nada característico em si, deverá fazer um círculo à volta do número 1; mas se considera que é pouco característico, deve marcar o número 2; se considera que é relativamente característico em si deverá marcar o número 3; se é bastante característico em si marque o número 5. Não pense demasiado em cada enunciado. Responda ao que acredita, à primeira vista, que o define melhor.

1. Quando não disponho de tempo suficiente para fazer tudo o que tenho de fazer, não me preocupo com isso	1	2	3	4	5
2. Afligem-me as minhas preocupações	1	2	3	4	5
3. Não costumo preocupar-me com as coisas	1	2	3	4	5
4. São muitas as circunstâncias que fazem com que me sinta preocupado/a	1	2	3	4	5
5. Sei que não deveria estar preocupado com as coisas, mas não posso fazer nada para evitá-lo	1	2	3	4	5
6. Quando estou sob estados de tensão tendo a preocupar-me muitíssimo	1	2	3	4	5
7. Estou sempre preocupado/a por algo	1	2	3	4	5

8. É-me fácil eliminar os meus pensamentos de preocupação	1	2	3	4	5
9. Assim que acabo uma tarefa, começo logo a preocupar-me com alguma outra coisa que tenho de fazer	1	2	3	4	5
10. Não costumo estar preocupado/a	1	2	3	4	5
11. Quando não posso fazer mais nada acerca de algum assunto, não volto a preocupar-me com ele	1	2	3	4	5
12. Toda a minha vida foi uma pessoa muito preocupada	1	2	3	4	5
13. Sou consciente de que me tenho preocupado excessivamente pelas coisas	1	2	3	4	5
14. Uma vez que começam as minhas preocupações não posso detê-las	1	2	3	4	5
15. Estou preocupado/a constantemente	1	2	3	4	5
16. Quando tenho algum projeto não deixo de me preocupar até o ter realizado	1	2	3	4	5