

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO

FIGUEIRA (IMIP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE
JOGADORES DE FUTEBOL DAS CATEGORIAS DE
BASE SUB-20 DE CLUBES PERNAMBUCANOS: UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

ANDRÉ FURTADO DE AYALLA RODRIGUES

2020

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO

FIGUEIRA (IMIP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM SAÚDE INTEGRAL

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE

JOGADORES DE FUTEBOL DAS CATEGORIAS DE

BASE SUB-20 DE CLUBES PERNAMBUCANOS: UM

ESTUDO TRANSVERSAL

Dissertação apresentada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Saúde Integral

Aluna: André Furtado de Ayalla Rodrigues

Orientador: Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Linha de pesquisa: Estudo epidemiológico na saúde do adulto

2020

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-024/2020
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

R696s Rodrigues, André Furtado de Ayalla

Sintomas de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol das categorias de base sub-20 de clubes Pernambucanos: um estudo transversal / André Furtado de Ayalla Rodrigues. Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa – Recife: Do Autor, 2020.

98 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Integral) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Competência mental. 2. Futebol. 3. Sintomas comportamentais. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes: orientador. II. Título.

CDD 616.8527

**SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO ENTRE
JOGADORES DE FUTEBOL DAS CATEGORIAS DE
BASE SUB-20 DE CLUBES PERNAMBUCANOS: UM
ESTUDO TRANSVERSAL**

**Dissertação de Mestrado em Saúde Integral do Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira (IMIP), submetida à defesa pública na Diretoria de
Ensino do IMIP e aprovada pela banca examinadora em 29/06/2020**

Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Dr. Ricardo da Costa Padovani

Dr. Alex Sandro Rolland de Souza

29/06/2020

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Anna Margarida e André
por terem me dado a oportunidade de ter sido um atleta
poder conhecer a derrota
e entender que a vida continua após ela.*

*À minha irmã, Anna Tereza
com nossa relação de amor bastante particular
e que sempre esteve ao meu lado*

*À Thaís, minha esposa
que encarou a surrealidade
de encarar a vida comigo*

*A todos os meus técnicos,
em especial Passarinho
por me ensinarem a amar o esporte*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador dr. Leopoldo Barbosa, por me aturar nas dúvidas mais simples e ter a paciência para me guiar nessa caminhada

Aos meus amigos e compartilhadores de angústias e sonhos dentro do mundo da Psiquiatria, Luis Henrique, Luiz Antônio e Lourdes

Aos clubes pernambucanos por me abrirem as portas para que a pesquisa pudesse ser realizada

Aos atletas que, no meio de seus treinamentos e jogos, se colocaram à disposição e contribuíram respondendo aos questionários.

A todos os meus professores que sempre me ensinaram a ser uma pessoa crítica

À Comissão Antidoping de Pernambuco por me possibilitar vivenciar outro aspecto do esporte competitivo

Ao programa de residência médica em Psiquiatria do IMIP e todos os profissionais que o compõem por terem me feito entender que no estudo da psiquiatria e saúde mental nunca poderemos esquecer das subjetividades humanas.

*“Se está com medo
vai com medo mesmo,
por que depois do erro
não há nada”*

(Rafael Barreiros)

RESUMO

Introdução: Ser jogador de futebol é um dos sonhos mais presentes no imaginário popular da criança brasileira. Entretanto, o caminho à profissionalização é árduo e diversos motivos podem ser apontados para essa dificuldade: ambiente muito acirrado, poucas chances, mau aconselhamento na carreira, entre outros. No futebol competitivo, o atleta deve estar pronto para todas as cobranças que vierem a ser feitas, assim como aceitar a exigência pela melhor performance possível. Aliado a isso, atletas da categoria de base ainda são adolescentes e jovens em formação, normalmente até os 21 anos, que são muitas vezes obrigados a escolher o futebol e suas exigências, em detrimento ao estudo e ao ambiente familiar, para se tornar um jogador profissional. Nesse cenário, um motivo ainda pouco debatido é a saúde mental entre jogadores de futebol. Apesar do reconhecimento da depressão e a ansiedade como doenças mentais que interferem no desempenho profissional e que podem gerar afastamento de atividades, o preconceito com quem sofre de alguma condição psiquiátrica ainda é muito forte. Diante de tantos fatores estressores, entender o estado de saúde mental desses atletas torna-se importante estratégia de prevenção e promoção de saúde. **Objetivo:** verificar a frequência de sintomas de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol das categorias de base sub-20 dos clubes pernambucanos através da aplicação da Escala Hospital de Ansiedade e Depressão associando a dados sociodemográficos, atléticos e de saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo, tipo corte transversal com amostra realizada por conveniência. Os dados foram coletados nos locais de treinamentos das equipes entre julho e dezembro de 2019, após aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, sob o parecer número 3.316.234 e CAAE: 12320119.1.0000.5569. Foram incluídos todos os atletas acima de 18 anos do sexo masculino e excluídos aqueles com menos de 3 meses de treinamento em futebol ou que nunca tivessem participado de competição. Para a análise

dos dados, foi utilizado o Software SPSS 13.0, com aplicação de 95% de confiança e para verificação de associação das variáveis categóricas, utilizou-se o Teste exato de Fisher. A coleta das informações iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP, sob o parecer de número 3.316.234. **Resultados:** Foram entrevistados 63 atletas, 14,3% da amostra com níveis elevados para ansiedade e 14,3% com escores elevados para depressão. Além disso, observamos a possível influência da renda mensal recebida pelo atleta com o desenvolvimento de sintomas ansiosos ($p = 0,04$). Posição de jogo, status no time, doença psiquiátrica prévia, apesar de $p > 0,05$, mostraram possíveis relações com sintomas ansiosos e depressivos. **Conclusão:** Encontrou-se elevação na frequência de sintomas de ansiedade e depressão, quando comparados à população em geral e de sintomas ansiosos e a renda recebida pelo do atleta. Novas pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento em relação às possíveis associações demonstradas no estudo.

Palavras-chave: Saúde Mental, Psiquiatria, Esporte, Futebol de Campo, Depressão, Ansiedade, Atletas.

ABSTRACT

Background: Being a soccer player is one of the most present dream in the popular imaginary of the Brazilian children. However, the path to professionalization and stardom is arduous and only a few manage to achieve the goals set. Currently, several reasons can be pointed out as reasons for this difficulty: a very competitive environment, little chance to establish yourself as a player, poor career management, among others. In competitive soccer, the athlete must be ready for all charges that may be made, as well as accept the demand for the best possible performance. Allied to this, athletes in the youth academy are still teenagers and youngsters under development, usually until the age of 21, who are often forced to choose soccer and the requirements that comes with it, instead of formal education and family environment, in order to become a player professional. Meantime, a reason still little debated is mental illness among soccer players. Despite the recognition of depression and anxiety as mental illnesses that interfere with professional performance and that can lead to absence from activities, the prejudice against those who suffer from a psychiatric condition is still strong. Faced with so many stressors, understanding the mental health status of these athletes becomes an important strategy for prevention and health promotion. **Objective:** To verify the frequency of anxiety and major mood depression symptoms between sub-20 youth academy soccer players of Pernambuco's clubs through the Hospital scale of anxiety and depression associating it with sociodemographic, athletic and health data. **Methods:** It was realized a cross-sectional study with a convenience sample. The data were collected at the clubs' training venues between July and December/2019 after the research approval by the ethics committee, under approval number 3.316.234 and CAAE: 12320119.1.0000.5569. It was included all male athletes with the age above 18 from and excluded those with less than

3 months of competitive soccer training or who had never participated in a competition. For data analysis, SPSS Software 13.0 was used, with 95% confidence and to verify categorical variables the associations, Fisher's exact test was used. Data collection began after approval of the Ethics and Research Committee of IMIP, under the approval number 3.316.234. **Results:** 63 athletes were interviewed, 14.3% of the sample with high levels for anxiety and 14.3% with high scores for depression. In addition, we observed monthly income received by the athlete association the with the development of anxious symptoms ($p = 0.04$). Game position, team status, previous psychiatric illness, despite $p > 0.05$, showed possible relationships with anxious and depressive symptoms. **Conclusion:** There was an increase in the frequency of symptoms of anxiety and depression, when compared to the general population and of anxiety symptoms and the income received by the athlete. Further research is needed to deepen the knowledge regarding the possible associations demonstrated in the study.

Key words: Mental Health, Psychiatry, Sports, Soccer, Depression, Anxiety, Athletes

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	14
III. MÉTODOS	15
3.1. Desenho do estudo.....	15
3.2. Local do estudo.....	15
3.3. Período do estudo.....	15
3.4. População / Amostra do estudo.....	15
3.4.1. Amostragem.....	15
3.4.2. Tamanho amostral.....	16
3.5. Critérios e procedimentos para seleção dos participantes.....	16
3.5.1 Critérios de inclusão.....	16
3.5.2 Critérios de exclusão.....	16
3.5.3 Procedimentos para captação dos participantes.....	16
3.6 Fluxograma de captação dos participantes.....	17
3.7 Variáveis de análise.....	17
3.8 Definição operacional de variáveis.....	18
3.9 Coleta de dados.....	22
3.9.1 Instrumento para a coleta de dados.....	22
3.10 Processamento e análise de dados.....	22
3.10.1 Processamento de dados.....	22
3.10.2 Análise de dados.....	23
3.11. Aspectos éticos.....	23
IV. RESULTADOS.....	25
V. CONCLUSÕES.....	52
VI. REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE I – Checklist.....	62
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63

APÊNDICE III – Formulário sociodemográfico, atlético e médico.....	66
ANEXO I – Parecer de aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/IMIP.....	69
ANEXO II – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	72
ANEXO III – Instruções aos autores.....	74

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Dados sociodemográficos, renda e escolaridade de atletas de futebol da Categoria Sub-20 de times pernambucanos	32
Tabela 2. Residência e rotina de treinos dos de atletas de futebol da Categoria Sub-20 de times pernambucanos	35
Tabela 3. Posição dos atletas, história clínica e níveis de ansiedade e depressão de atletas de futebol da Categoria Sub-20 de times pernambucanos	37
Tabela 4. Perfil da amostra e sintomas de ansiedade e depressão de atletas de futebol SUB/20	39

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes	17

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

VO ² máx	Volume máximo consumo de oxigênio
IMC	Índice de massa corporal
NBA	National Basketball Association
CBF	Confederação Brasileira de Futebol
HAD	Escala hospitalar de ansiedade e depressão
HAD-A	Subescala de Ansiedade da HAD
HAD-D	Subescala de Depressão da HAD
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

I. INTRODUÇÃO

A doença mental, através dos séculos, foi enxergada através de diversas explicações: falta de fé, ausência de caráter, doença puramente orgânica ou, simplesmente, pessoas inferiores. Em outros contextos culturais, os alienados poderiam também ser vistos como forças maiores e representantes dos deuses na terra. Apesar disso tudo, apenas no século XIX, na França, através de Pinel, os mentalmente doentes puderam ser acolhidos pela Medicina e houve o início da valorização do aspecto psicológico individual (1)

Diversos tratamentos foram tentados, muitos sem sucesso, como a lobotomia e os choques hipoglicêmicos, chegando à primeira revolução na questão da saúde mental, o uso da clorpromazina como medicamento eficaz para diminuição de sintomas psicótico, na década de 1950. (2)

Dessa época até os dias atuais, a saúde mental, apesar do maior aporte de financiamento e de difusão de conhecimento, continua relegada – tanto financeiramente como em seu estigma social – ante a outras doenças, como as cardiovasculares e oncológica(3) . É pertinente observar que a doença mental será a causa de maior morbidade e perda de dias de trabalho, causando assim grande impacto econômico e social.

Estudo publicado em 2013 pela *Global Burden Disease Study 2010*, demonstrou que os problemas de saúde mental e abuso de substâncias respondiam por 7,4% da carga de doenças mundialmente, o que representa em torno de 184 milhões de pessoas e a 5ª colocada no ranking de doenças. Além disso, o Fórum Econômico Mundial estimou que elas serão responsáveis por uma perda de até 16 trilhões de dólares até 2033. Dentre os

transtornos mentais, atualmente a depressão é responsável pela maior porcentagem dos acometidos, seguida por transtornos de ansiedade, transtornos de uso de substância e esquizofrenia.(3) Dessa maneira, nota-se que se não houver cuidados direcionados à saúde mental, as perdas podem ser significativas.

Na vida diária, a Medicina Preventiva, definida como as medidas para impedir a progressão de uma doença, deve ser o ponto de partida para qualquer indivíduo, seja ele o profissional de saúde ou o paciente. Dessa forma é importante pensar nas estratégias de prevenção em saúde as quais podem ser de 4 tipos e que variam da prevenção primária até a quaternária. Entende-se como prevenção primária, toda e qualquer ação que evite o aparecimento de um estado mórbido. Já a secundária, pode ser considerada como os atos realizados para diagnóstico precoce ou que impeçam a progressão de uma doença já instalada, podendo levar à melhora efetiva ou à minimização de consequências adversas ao paciente, tanto no curto como no longo prazo. (4) Em relação à nível terciário de prevenção, lida-se com doenças cronicamente instaladas e tenta-se evitar que as potenciais complicações, agudas ou crônicas, dessa doença. Por último, existe a prevenção quaternária, um conceito mais recente e que compreende as ações para proteger o paciente de intervenções desnecessárias.(5)

As estratégias para lidar com as questões de saúde mental ainda são focadas nas prevenções secundárias e terciárias. É necessário não pensar na saúde mental de indivíduo apenas na ausência de doença mental, mas sim, como a obtenção de uma vida considerada agradável, plena e produtiva.(6) Já do ponto de vista econômico, ainda não há evidências suficientes para afirmar que a estratégia da prevenção primária superior às outras devido à paucidade de estudos científicos robustos. Porém, é necessário entender que a maioria das doenças mentais acometem e prejudicam o desenvolvimento de uma vida plena de adolescentes e adultos jovens, indo contra ao atual conceito de saúde.(7,8)

Diante desse quadro, é importante pensar em alternativas que não visem apenas a prevenção secundária ou terciária, mas também a primária, que, mesmo ainda sem ser respaldada por motivos econômicos, tem demonstrado bons resultados, independente do campo no qual é aplicada, seja dentro de hospitais, nas escolas, como estratégia anti-bullying ou na prática de intervenções psicoterápicas, como os programas centrados em mindfulness(9–11) . Além dessas estratégias, a prática de exercícios físicos é vista como uma importante vertente dentro da prevenção primária em saúde mental.(6,12–14)

É sabido que a prática de exercícios físicos, quando realizados de forma continuada, induzem diversas alterações benéficas no organismo de quem se exercita. Estudos já corroboraram a efetividade de tais atividades. (13,15-20) Pode-se observar alterações em perfil lipídico, aumento da capacidade respiratória através do Volume de oxigênio máximo (VO_2 máx), perda de peso com consequente melhoria de Índice de massa corporal (IMC), melhora de pressão arterial, entre outros benefícios. (15,16) Já do ponto de vista social, os exercícios são enxergados de diversas formas, dentre elas, como um ambiente seguro, passando pela possibilidade de formação de novas conexões sociais, seja como uma atividade prazerosa ou apenas como orientação médica(17). Há também mudanças induzidas do ponto de vista neuropsiquiátrico na plasticidade neural estrutural – aumento de massa cinzenta em diferentes partes do cérebro – e funcional, como aumento das habilidades visuais ou aumento na eficiência do processamento de cortical durante atividade prática (18). Ainda quanto à plasticidade neuronal, observou-se que o exercício físico induz mudanças benéficas no sistema central de regulação de fadiga quando praticado moderada e cronicamente. (19)

Pode-se citar ainda que o exercício físico leva ao aumento de fluxo sanguíneo para o cérebro, influenciando o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que faz parte da resposta

corporal ao estresse, além dele se comunicar com outras regiões do cérebro responsável pelo bem-estar do indivíduo.(13) Além disso, pesquisas também evidenciaram a influência do exercício físico no sistema monoaminérgico cerebral, principalmente relacionado à serotonina que é um dos neurotransmissores mais relacionados ao prazer e bem-estar. Alterações na modulação dopaminérgica também são encontradas no cérebro de quem pratica exercício físico regularmente, com incremento na função de memória, fadiga e outros benefícios.(19,20)

As melhoras advindas do condicionamento físico se mostraram presentes através da história da humanidade, seja para fugir de predadores, para caçar animais para servir de alimentação, para se manter vivo através da adaptação aos mais variados ambientes e até mesmo sendo parte importante na evolução cerebral.(21) O fato é que em determinado momento da história, os indivíduos que demonstravam melhor condicionamento e rendimento foram colocados para competir entre si. Essa competição foi chamada de Olimpíadas. Desde então, e com frequência regular desde 1896 quando retornou a Atenas, Grécia, a competição através da prática de exercício físico, como se conhece atualmente, se faz presente.(22)

Para ser considerado um atleta de alto rendimento na idade adulta, o indivíduo normalmente começa sua prática desportiva competitiva na adolescência. O comitê olímpico americano estabelece que até os 12 anos de idade, a criança e o adolescente deveriam apenas descobrir a modalidade, aprender e brincar. A partir dessa idade, ele irá se desenvolver habilidades específicas e competir. Nessa conformação, o treinamento em alta performance acontece, normalmente, após os 15 anos (23). É importante ressaltar a validade dessa preocupação para que se possa ofertar às crianças e adolescentes a oportunidade de um desenvolvimento o mais saudável possível dentro do esporte.

Apesar dos aspectos benéficos do esporte não-competitivo, estar preparado para a competição é tarefa que exige dedicação e intensidade. (24) São horas diárias de treinos para competições, pressão de treinadores, de possíveis patrocinadores ou da torcida. Em alguns momentos, são sessões solitárias de várias horas de treinamento para tentar atingir o nível de excelência. O esporte se torna trabalho e fonte de renda para o atleta.

Há, também, o risco de aparecimento de lesões, as vezes simples, outras vezes que impossibilitam durante meses o treinamento do atleta. Mesmo com todos esses fatores acima, é esperado que a pessoa se comporte de forma quase invencível, remontando à ideia das olimpíadas antigas – e ainda replicada atualmente – que enxerga os atletas como extraordinários e mais próximos dos deuses. Sendo assim, sinais de fraqueza e sofrimento são indignos de tal status.

Diante dessas expectativas, observou-se que tais pessoas estão expostas a níveis mais altos de determinadas patologias com repercussões mentais. Nos Estados Unidos entre 2000-2009, ocorreram, em média, 6,2 concussões por ano decorrentes de traumatismo repetido na região da cabeça durante a prática de futebol americano. Concussões também foram relatadas nas práticas de beisebol, basquete, luta olímpica. (25)

Quando se analisou a influência de sintomas de ansiedade e depressão em jogadores de futebol americano em nível colegial em duas Universidades, observou-se que era 10% menos provável com sintomas depressivos permanecer livre de lesões, ou seja, era um fator preditivo de futuras lesões e que afetava o desempenho atlético. (26)

Na liga de basquete mais conhecida no mundo, a National Basketball Association (NBA), o tema saúde mental surgiu na década de 2010 com força, principal por alguns de seus jogadores mais famosos e conhecidos falarem abertamente sobre suas

dificuldades e patologias mentais. Em um artigo escrito no The Player's Tribune, um website que funciona como uma tribuna para que o atleta profissional possa se expressar sobre determinado assunto, Kevin Love, jogador veterano da NBA relatou o dia em que teve um ataque de pânico durante o jogo e precisou deixar a quadra para ser levado ao hospital tamanha a intensidade da crise.(27) Atualmente, a liga norte-americana é uma das poucas entidades de esporte profissional com um programa estabelecido e crescente em defesa do bem-estar mental, iniciando esse cuidado através de plataformas on-line dedicadas aos atletas e ao público em geral como a <https://mentalwellness.nbpa.com> e a <https://cares.nba.com/mind-health/>

Relatos como o de Kevin Love ainda não são comuns de se encontrar e é difícil achar atletas que falem abertamente sobre seus problemas de saúde mental durante o momento em que eles estão acontecendo. Muitas vezes, o público sabe do ocorrido apenas meses, as vezes anos, após o período agudo. Diversos atletas reconhecidos por seus feitos, como o nadador Michael Phelps, ganhador de 28 medalhas olímpicas, sendo 23 de ouro, sofreu por meses com depressão, inclusive levando-o a parar de nadar durante algum tempo. Outro atleta que lutou contra a depressão foi o boxeador Oscar de la Hoya, campeão mundial 10 vezes e que também precisou se tratar para a dependência de substâncias.

São diversos os fatores de risco para o adoecimento mental o que faz que, praticamente, qualquer atleta possa ser diagnosticado com algum problema mental. Dentre os diversos grupos de análise dessa população, observa-se que um determinado conjunto pode estar à mercê de uma doença mental negligenciada visto que poucos estudos são realizados a este subgrupo: a dos jogadores de futebol. (28–32)

Dentre os diversos esportes competitivos, um dos mais praticados em todo o mundo é o futebol. O futebol, embora não tenha sido criado no Brasil, é extensamente associado ao brasileiro. Seleção com mais títulos mundiais em Copas do Mundo e diversos jogadores de destaque a nível internacional com intensa exposição midiática que alça os jogadores a status de celebridades, muitos jovens se espelham nesses casos de sucesso e nutrem a esperança de uma vida melhor, fazendo do futebol, desde novos, uma forma de alcançar ascensão social.(33)

Apesar dessa esperança, ser jogador de futebol no Brasil também significa estar disposto a trabalhar em ambiente competitivo, por salários muitas vezes baixos, sem qualquer segurança jurídica com qualidade de vida não-ideal.(34) Em estatísticas coletadas durante o ano de 2015 pela Confederação Brasileira de Futebol – CBF – evidenciou-se que 82,4% dos jogadores registrados na instituição ganharam até R\$1.000 mensais e somente 3,92% deles receberam acima de R\$5.000. (35)

O caminho traçado até chegar ao time profissional é longo. Segundo a CBF, o futebol brasileiro se estrutura em níveis nas categorias de base, os quais são delimitados pelo ano de nascimento de cada jogador. A cada estágio mais próximo ao profissional, o nível de exigência a que o jogador é submetido tende a se tornar mais intenso. Além da cobrança externa (de dirigentes, comissão técnica e torcedores), há a cobrança pessoal para se tornar um jogador de futebol de sucesso, já que, muitas vezes, o menino investe nessa carreira desde o início de sua adolescência, inclusive, preferindo frequentar os treinos e o ambiente do clube em detrimento da sala de aula, tornando-se pessoas com baixa instrução e sem outras opções para sua subsistência. (34,36) Em pesquisa realizada com 186 jogadores de categorias de base dos clubes da Série A do Campeonato Brasileiro, demonstrou que, no mínimo, 53,2% dos atletas possuíam escolaridade defasada em relação à sua série e idade. Nesse mesmo estudo, os autores encontraram que 51% dos

entrevistados interromperam os estudos para jogar futebol e 74,2% deles tiveram alguma dificuldade para conciliar treinamentos e competições com os estudos. (36)

Somando-se às dificuldades econômicas e educacionais, o trajeto até o estrelato do futebol exige que o atleta adquira algumas habilidades para lidar com as situações estressoras que aparecem. É comum ouvir entre torcedores que determinado jogador recém-chegado ao time profissional “não aguenta o peso da camisa”, significando que ele não teria condições psíquicas para suportar as demandas que surgirão. À medida que se evolui e sobe de categoria, os atletas começam a vivenciar situações mais próximas ao que vivenciarão no profissional. A categoria sub-20 pode ser considerada como o último degrau antes de atingir o time profissional. Dessa forma, o interesse das pessoas que compõem esse último passo antes da profissionalização se torna mais intenso. Algumas competições possuem cobertura mais ampla da imprensa, jogos são transmitidos pela televisão, dirigentes do futebol profissional observa mais atentamente o desempenho do atleta e a torcida alimenta as expectativas de que esses jogadores possam contribuir com bons jogos, títulos e dinheiro para o clube.

Apesar de tantas variáveis estressoras, em estudo realizado para avaliação da qualidade de vida em atletas sub-20 foi encontrado que os atletas possuíam indicadores adequados de qualidade de vida e boas estratégias de *coping*. Além disso, não se observou elevação de níveis de estresse e de ansiedade.(37) Sob outra perspectiva, um estudo realizado com vinte atletas de 15 e 16 anos, mostrou que intervenções em psicologia positiva podem ser utilizadas como forma de prevenção primária em saúde mental, através da melhora de habilidades sociais, de *coping*, assim como ganhos em autoconhecimento e preparação para a exigente vida imposta pelo futebol. (38)

Estudo qualitativo feito com atletas, ex-atletas e membros de comissão técnica que encontraram sucesso em suas carreiras encontrou três grandes categorias que influenciam na performance de um atleta: aspectos psicológicos, suporte social e aspectos técnicos, táticos e físicos. Observou-se que, a todo momento, o jogador precisa manter uma base psicológica forte para aguentar o dia-a-dia do futebol. Fora de ambiente de jogo, é necessário mostrar confiança, dar o melhor de si, se relacionar com a imprensa, manter um ambiente saudável entre os jogadores, entre outros. Já durante treinamentos e competição, é requerido que saibam lidar com as alternâncias de placar, se enquadrar nos requisitos físicos exigidos para a prática competitiva. (39)

Diante dessas dificuldades, a saúde mental desses atletas sofre. Como uma das áreas da saúde que se dedica a estudar, a psicologia do esporte rastreia a prevalência de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, distúrbios alimentares, abuso de álcool, entre outros em jogadores de futebol profissional. Foi visto que a prevalência de depressão em jogadores profissionais de futebol era de 37,9%, já os transtornos de sono afetam 23,4% desse grupo. Deve-se ressaltar que também foi encontrado nesse estudo a importante associação entre lesões severas, insatisfação com carreira, entre outros. (32) Em estudo realizado em 2015, foi encontrado que, aproximadamente 45% dos atletas de elite australianos experimentavam algum sintoma relacionado a problema de saúde mental. (40)

No sentido de enfrentar as evidentes questões relacionadas à saúde mental dos atletas, nos últimos anos, o *Canadian Center for Mental Health and Sport* e a *European Federation of Sports* publicaram posicionamentos sobre o tema e o que acreditam ser necessário para o adequado suporte desses atletas. É ressaltada a importância de um adequado corpo de profissionais da saúde mental para o acompanhamento desses atletas,

e, se possível, acompanhamento multidisciplinar. Entre tais profissionais, podemos destacar o psicólogo, psiquiatra e o médico do esporte.(41,42)

Ainda segundo essas instituições, não é possível negar que os atletas estão propensos a enfrentar problemas de saúde mental e é dever das instituições esportivas implementar estratégias para mitigar essas dificuldades e proteger a saúde de seus atletas. Outro ponto levantado é o de reconhecer a falta de profissionais especializados no tema e capacitados para atuar com o tema. (41,42)

É importante reforçar essa recomendação das entidades em garantir que o atendimento seja feito por profissionais com algum conhecimento relacionada à questão da saúde mental e do esporte. Atualmente, dentro dos ambientes de formação de profissionais que lidem com a saúde mental, ainda é parca a existência de espaços que se aprofundem no tema. Apesar disso, o tema é mais debatido dentro da psicologia quando comparado à psiquiatria. Observa-se que a atuação de psicólogos dentro de associações esportivas já é uma situação mais estabelecida. Ao estudar a história da psicologia do esporte, é possível encontrar relatos de aulas universitárias e pesquisas desde o início do século XX, com os esforços de Triplett, E.W. Scripture e do Barão de Coubertain, o grande estimulador das Olimpíadas Modernas, aquelas que acontecem de 1896 até hoje.(43)

Com mais de 100 anos de história, a psicologia do esporte e do exercício passou por diversos momentos, sendo influente de várias formas no aspecto esportivo, incluindo o estímulo, durante um seminário, para que James Naismith pudesse apresentar ideias iniciais do que viria a ser o basquete. Outro momento de grande importância aconteceu na década de 1960 quando a psicologia do esporte deu um passo maior em reconhecimento e foram criadas algumas Sociedades ligadas à psicologia esportiva, como a Internacional, a Europeia, assim como a de alguns países, por exemplo, Estados Unidos e França.

(43,44) Atualmente, a psicologia esportiva se mostra bem estabelecida academicamente através do reconhecimento da *American Psychological Association* e de periódicos como o *Journal of Excellence*, criado em 1998 ou o *Sport, Exercise and Performance Psychology*, publicado desde 2012. Também se nota a consolidação desse campo do conhecimento na prática, sendo possível encontrar psicólogos do esporte em comitativas olímpicas, organizações esportivas, em academias e, até mesmo, servindo como consultores para empresários do ramo do esporte.(43)

Em relação à psiquiatria, esse quadro não se mantém. Apenas na década de 1980 as primeiras publicações foram feitas. Em 1992, em artigo publicado na revista *The American Journal of Psychiatry* coloca a possibilidade da psiquiatria do esporte e do exercício ser uma área potencial de atuação devido as especificidades observadas no trato com os atletas. Já em 1997 foi criada a Sociedade Internacional de Psiquiatria do Esporte. Mesmo assim, a subespecialidade “psiquiatria esportiva” ou “psiquiatria do exercício e do esporte” não é oficialmente reconhecida pelas principais entidades médicas no mundo. Ainda hoje, a quantidade de literatura científica sobre o tema é pouca. (45,46)

A atuação do psiquiatra que atua no esporte se dá em vários âmbitos. Além do foco do diagnóstico e tratamento dos atletas dos mais variados problemas psíquicos, como transtornos de humor, ansiedade, estresse, relacionadas ao uso de substância, também se observou alguma atuação na assistência aos familiares e dirigentes de equipe. Outro ponto de relevância que esse profissional deve atuar é no tratamento medicamentoso das patologias mentais e a maneira como elas podem afetar o desempenho do atleta, por exemplo, determinados antidepressivos podem causar efeitos adversos incompatíveis com a prática desportiva competitiva. Também é necessário lembrar do cuidado necessário para que a terapia medicamentosa esteja de acordo com as normas antidopagem de cada competição. Ademais, pode-se compreender a atuação do psiquiatra

do esporte dentro do âmbito de otimização dos aspectos relacionados ao desempenho em treinamento e competição. Apesar de um escopo de funções ainda não delimitadas, todo psiquiatra deve se atentar para os transtornos mentais e ter como função tratar e cuidar dessas pessoas. (45)

Sendo assim, é dever desse profissional estar atento ao amplo espectro da saúde mental, da patologia à excelência de performance. Como maneira de auxiliar essa vigilância, surge a possibilidade de aplicação de escalas padronizadas para estimar os níveis de determinada característica em uma população. Diversos instrumentos já foram elaborados para tal finalidade, destacando-se alguns como o *Center for Epidemiologic Studies – Depression*, o Inventário de Depressão Maior, a Escala Baptista de Depressão, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. São instrumentos úteis à prática clínica pois auxiliam no rastreio e diagnóstico de doenças mentais. (47) Uma escala que pode ser utilizada para esse propósito é a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), já validada no Brasil, mostra-se bastante útil para esse rastreamento. Apesar de o nome sugerir a aplicação restrita, a escala já foi validada em nos mais variados ambientes reforçando sua importância nas pesquisas científicas. (48–52) Já dentro da avaliação no esporte, a HAD foi recentemente utilizada como instrumento investigativo em um estudo realizado na Alemanha com atletas de elite adolescentes. (53)

Dessa forma, analisando-se a depressão e a ansiedade – doenças com grande impacto social – e a carreira de jogador de futebol, devido à grande importância dentro da sociedade, à maneira como ela é galgada e aos eventos inerentes a ela é necessário que a comunidade científica esteja atenta a tais questões, possa ser parte protagonista no melhor cuidado oferecido a esse grupo populacional e, principalmente, desses atletas em começo de carreira nas categorias de base dos clubes.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Verificar a frequência de sintomas de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol da categoria de base sub-20 de clubes pernambucanos da 1ª divisão de Pernambuco, associando-as a dados sociodemográficos, atléticos e de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico em relação a: gênero, idade, procedência, grau de instrução, religião, estado civil, escolaridade;
- Caracterizar o perfil clínico em relação a: acompanhamento psicológico e psiquiátrico prévio e/ou atual, histórico de doença mental na família, uso de medicação psiquiátrica anterior e atual;
- Identificar jogadores que já tenham recebido diagnóstico prévio de depressão ou de ansiedade;
- Descrever a atividade atlética do atleta em relação a: periodicidade e dedicação ao treinamento, status na equipe, como iniciou no clube, clubes já defendidos e histórico de lesões;
- Determinar fatores associados a ansiedade e depressão, segundo as variáveis: religião, estado civil, renda mensal, naturalidade, moradia atual, dedicação aos treinos, posição na equipe, titularidade na equipe, chegada ao clube, número de clubes, lesão atual e doença psiquiátrica prévia

III. MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo, tipo corte transversal.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no IMIP e os dados do projeto foram colhidos nos locais em que havia treinos dos clubes. Esses locais compreenderam os centros de treinamento dos clubes ou os estádios dos times. Em cada localidade, em acordo prévio entre o pesquisador e supervisores dos respectivos clubes, a coleta foi realizada em local reservado e privado para que pudessem ser aplicados os questionários sem interferência externa.

3.3 Período do estudo

O estudo foi desenvolvido entre março de 2018 a fevereiro de 2020. A coleta de dados foi iniciada em julho de 2019 e encerrada em dezembro de 2019.

3.4 População / Amostra do estudo

A população do estudo foi composta pelos atletas que compunham as categorias de base sub-20 de clubes pernambucanos pertencentes à primeira divisão do futebol do estado de Pernambuco.

3.4.1. Amostragem

A amostragem foi realizada por conveniência e tentando abranger o maior número de atletas dessa categoria.

3.4.2. Tamanho amostral

A amostra foi composta pelo número de atletas que estavam vinculados aos clubes e que estivessem em período de treinamento na época da coleta dos dados.

3.5 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

3.5.1. Critérios de inclusão: Sexo masculino e idade igual ou maior que 18 anos

3.5.2. Critérios de exclusão: Foram excluídos do estudo aqueles que estivessem há menos de 3 meses como atletas de futebol ou que nunca tivessem participado de competição de futebol pela categoria de base

3.5.3 Procedimentos para captação dos participantes

A primeira etapa do processo de pesquisa foi estabelecer contato com os diretores dos departamentos de médicos de cada clube para firmar um acordo, via assinatura de carta de anuência dos clubes. Nesse acordo, devido à importância do tema, foi oferecido aos clubes um feedback após os dados finais da pesquisa. Após a devida liberação e anuência do diretor médico, também se realizou contato com o departamento de futebol amador de cada equipe a fim de que os integrantes dos clubes pudessem estar cientes da pesquisa a ser realizada e da organização do calendário de coleta de dados.

Os participantes do estudo foram escolhidos através de amostra por conveniência que foram constituídos por todos os atletas pertencentes às categorias de base sub-20 de clubes pernambucanos pertencentes à 1ª divisão do futebol estadual. Realizou-se um check-list (Apêndice I) para preenchimento de critérios de elegibilidade. Caso positivo, o participante recebeu o convite a participar e apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice II.

Foram realizadas diversas visitas aos locais de treinamento dos clubes com o objetivo de interferir o mínimo possível na rotina de treinamento dos atletas.

3.6 Fluxograma de captação dos participantes

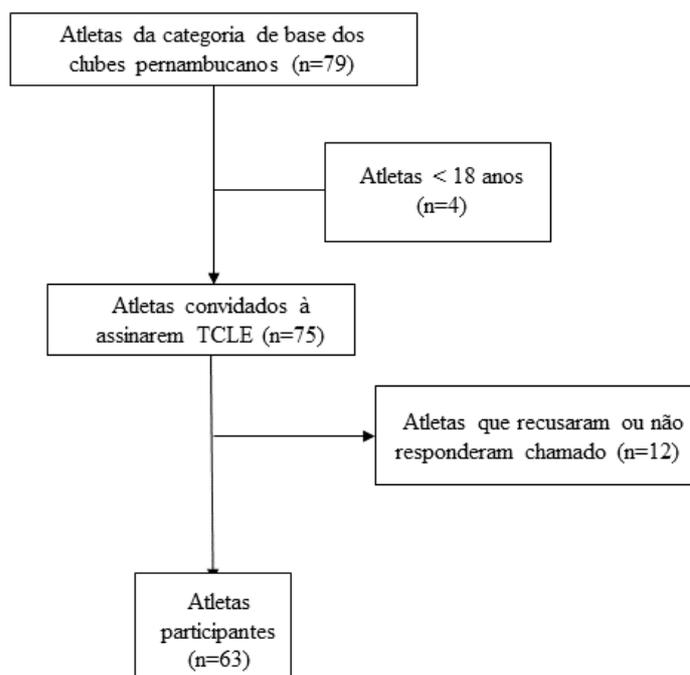


Figura 1. Fluxograma de captação dos participantes

3.7 Variáveis de análise

3.7.1 Variáveis descritivas:

- idade, orientação sexual, raça, estado civil, filhos, religião, naturalidade, moradia atual, escolaridade, renda mensal própria e familiar, continuidade dos estudos, acessibilidade aos treinos, dedicação aos treinos, periodicidade diária e semanal aos treinos, posição primária no time, partidas jogadas nas últimas 4 semanas, titularidade no time, como chegou ao clube, clubes anteriores, lesão atual ou

anterior, histórico de doença psiquiátrica prévia e histórico de doença psiquiátrica familiar prévia.

3.8 Definição operacional de variáveis

a) Idade: o tempo de vida decorrido desde o nascimento até uma determinada data tomada como referência. Variável numérica discreta expressa em anos completos.

b) Orientação sexual: orientação do desejo sexual de uma pessoa. Variável categórica policotômica | heterossexual, homossexual, bissexual.

c) raça: divisão tradicional e arbitrária dos grupos humanos, determinada pelo conjunto de caracteres físicos hereditários, pela qual um determinado indivíduo se identifica. Definida a partir dos critérios do IBGE. Variável categórica policotômica | Branca, Negra, Parda, Amarela, Indígena. Após análise, variável categórica dicotômica | Branca e Negra

d) estado civil: é a situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal. Variável independente, categórica policotômica | Solteiro, casado/união estável, viúvo, outros

e) número de filhos: diz daqueles que são descendentes em relação ao pai e à mãe. Variável categórica policotômica | nenhum, 1, 2, 3 e 4 ou mais. Após análise, variável categórica dicotômica: Nenhum ou 1 filho

f) religião: Reunião dos princípios, crenças e/ou rituais particulares a um grupo social, determinado de acordo com certos parâmetros, concebidos a partir do pensamento de uma divindade e de sua relação com o indivíduo; fé ou culto. Variável independente, categórica policotômica | católico, evangélico, espírita, judeu, outras. Após análise, variável categórica dicotômica: Sim ou não.

g) naturalidade: diz-se da cidade na qual a pessoa nasceu. Variável independente, nominal que foi categorizada para análise | Pernambuco, nordeste, excluindo PE, norte, centro-oeste, sul, sudeste, estrangeiro. Após análise, variável independente, categórica dicotômica: Pernambuco ou outras localidades

h) moradia atual: status habitação atual e quantidade de pessoas que vivem nela. Variável independente, categórica policotômica | Casa própria, Casa dos pais, Casa alugada, Dormitório do clube, outros. Após análise, variável categórica dicotômica: dormitório do clube, outras localidades.

i) número de moradores: quantidade de pessoas que habitam na mesma moradia. Variável numérica discreta, categorizada para análise em: até 3 pessoas ou 4 ou mais.

j) escolaridade: anos de estudo de um indivíduo completos e aprovados. Variável numérica discreta, categorizada para análise. | categorizada em ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo. Após análise, variável categórica dicotômica: Educação básica incompleta ou Educação básica completa, compreendendo a educação básica como a educação recebida até o 9º ano do ensino fundamental.

k) renda mensal própria: quantia total composta pela soma dos recebimentos e dos salários feitas mensalmente pelo próprio atleta. Variável independente, numérica contínua categorizada em: até 1 salário-mínimo, entre 1 e 3 salários-mínimos e acima de 3 salários-mínimos. Utilizou-se o valor de R\$ 998,00 como referência para o salário-mínimo, visto que esse era o valor em vigência na época da coleta. Após análise, variável independente, categórica policotômica: Sem renda, até 1 salário-mínimo e acima de 1 salário-mínimo.

l) Renda familiar per capita: o total de renda familiar pelo número de moradores de uma residência. Variável numérica contínua, categorizada em: até 1 salário-mínimo, entre 1 e 3 salários-mínimos e acima de 3 salários-mínimos. Utilizou-se o valor de R\$ 998,00 como referência para o salário-mínimo, visto que esse era o valor em vigência na época da coleta.

m) Como vai para o treino: método de deslocamento até local de treinamento. Variável categórica policotômica. “a pé”, veículo próprio, transporte público, carona, “mora no clube”

n) Como chegou ao clube: maneira pela qual atleta começou a fazer parte do clube. Variável independente, categórica policotômica. Escolinha, peneira do clube, indicação do técnico, através de empresário, outros.

o) Dedicção aos treinos de futebol: relacionado às possíveis atividades realizadas pelo atleta. Variável categórica policotômica | Exclusivamente futebol; Futebol e estudo; futebol e trabalho; Futebol, estudo e trabalho.

p) Dias de treinamento: diz da quantidade de dias na semana que treina. Variável numérica discreta, categorizada em: cinco, seis ou sete dias na semana.

q) Periodicidade diária de treino: diz da quantidade de horas no dia que treina. Variável numérica discreta, categorizada em: até 59 minutos, entre 1 hora e 1 hora e 59 minutos, 2 horas e 2 horas e 59 minutos, 3 horas e 3 horas e 59 minutos e acima de 4 horas.

r) titularidade na equipe: se o jogador é um dos atletas que iniciam a partida. Considerou-se titular como aqueles que iniciaram acima de 50% dos últimos 4 jogos. Variável independente, categórica dicotômica | sim, não

s) posição na equipe: Posição na qual o jogador mais atua dentro da equipe. Variável independente, categórica policotômica | goleiro, zagueiro, lateral, meia defensivo, meia-atacante, atacante. Após análise, variável independente, categórica policotômica: goleiro, defesa, meio-campo e ataque

t) lesão atual: Se o jogador possui ou possuiu alguma alteração clínica incapacitante para a prática do futebol. Variável categórica dicotômica | sim, não. Não houve categorização das respostas positivas.

u) História psiquiátrica própria: Relato de paciente já possuiu diagnóstico prévio de doença psiquiátrica classificada no DSM-5. Variável independente, categórica dicotômica | sim, não. Categorizada as respostas “sim” em “ansiedade” e “depressão”.

v) Número de clubes em que jogou: Diz da quantidade de clubes pelos quais o atleta já tenha jogado e possuiu algum vínculo de treinamento. Variável categórica policotômica: 1,2,3 e 4 ou mais. Após análise, variável independente, categórica dicotômica: 1 clube ou 2 ou mais clubes.

x) HAD-A: Refere-se à subescala de ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Variável numérica discreta. Após análise, variável dependente, categórica dicotômica: “com sintomas” quando score obtido for igual ou maior a oito pontos e “sem sintomas” quando score obtido for até sete pontos.

y) HAD-D Refere-se à subescala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Variável numérica discreta. Após análise, variável dependente, categórica dicotômica: “com sintomas” quando score obtido for igual ou maior a oito pontos e “sem sintomas” quando score obtido for até sete pontos.

3.9 Coleta de dados

3.9.1 Instrumento para a coleta de dados

A escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) (Anexo I) e o questionário sociodemográfico, clínico e atlético (Apêndice I) foram aplicados individualmente a cada atleta em local reservado previamente definido pelo clube. Primeiramente foi aplicado o questionário sociodemográfico, clínico e atlético, no qual o entrevistador repetiu cada pergunta quantas vezes fossem solicitadas pelo entrevistado, de modo que o atleta pudesse compreender e responder as perguntas. Na aplicação da escala HAD, foi lido claramente cada pergunta ao atleta e, nos momentos nos quais não houve entendimento da questão, o entrevistador repetiu a questão quantas vezes tenha sido necessária para o entendimento do entrevistado, porém sem explicá-la. O atleta respondeu de acordo com seu entendimento.

A escala HAD é composta por 14 questões, sendo sete focadas no aspecto da depressão (HAD-D) e 7 na ansiedade (HAD-A) cada pergunta possui quatro alternativas com graduação de pontuação pré-definida entre 0-3. Foi definido como “com sintomas” aqueles entrevistados que pontuaram igual ou maior que oito pontos na subescala HAD-D e “sem sintomas” aqueles que pontuaram até sete. Da mesma forma, na subescala HAD-A foi definido “com sintomas” aqueles que pontuaram igual ou maior que oito e sem sintomas aqueles que pontuaram até sete. A HAD já é validada em território brasileiro, assim como para aplicação em situações extra-hospitalares.

3.10 Processamento e análise de dados

3.10.1 Processamento de dados

Os dados foram submetidos à dupla digitação, em dois momentos distintos, pelo pesquisador responsável, na versão do Excel presente no pacote Office 365, em

computador protegido por senha. Os dados foram posteriormente comparados, visando corrigir eventuais diferenças. A versão corrigida foi submetida a testes de consistência obtendo-se distribuições de frequência para averiguar possíveis incorreções.

3.10.2 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada pelo mestrando e orientador com o suporte de um estatístico. Em relação à análise estatística foram utilizados os softwares STATA/SE 12.0 e Excel 2010. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Para verificação da existência de associação, utilizou-se o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas, pois exigências do teste Qui-Quadrado não foram alcançadas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

3.11 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 da CONEP e somente iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional de Ciências da Saúde, sob o parecer número 3.316.234 e CAAE: 12320119.1.0000.5569 (Anexo II)

Cada participante foi convidado para participar da pesquisa e apenas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), compreensão dos objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE, a coleta de dados teve início. Os dados coletados após a aplicação dos questionários foram mantidos sob sigilo e armazenados em banco de dados em computador, cuja senha de acesso esteve disponível apenas para o mestrando. Dessa forma, foi protegida a privacidade e mantida a confidencialidade das informações obtidas. Também foi garantido aos sujeitos do estudo que suas respostas individuais não seriam compartilhadas com nenhum membro da comissão técnica ou da diretoria do clube pelo qual joga. Antes da aplicação dos questionários, foi ressaltado aos

participantes que caso se sentissem desconfortáveis em relação a qualquer aspecto da pesquisa, o pesquisador estaria à disposição para atendimento individual independente do escore obtido nas escalas. Nenhum atleta solicitou o atendimento disponibilizado.

Durante toda a pesquisa o mestrando recebeu auxílio financeiro em forma de bolsa CAPES. Não houve conflito de interesse por parte de quaisquer dos pesquisadores envolvidos nesse presente estudo.

IV. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação de mestrado seguem o formato de artigo científico cujo título é “Níveis de ansiedade e depressão em jogadores de futebol sub-20 de clubes pernambucanos: um estudo transversal”. Após a banca este artigo será submetido à revista Revista Brasileira de Psiquiatria, Fator de Impacto 2.440 As instruções aos autores encontram-se disponíveis no Anexo III.

Ansiedade e depressão em atletas de futebol sub-20: um estudo transversal

Anxiety and depression in sub-20 soccer athletes: a cross-sectional study

Ansiedade e depressão em atletas de futebol sub-20

Anxiety and depression in sub-20 soccer athletes

Contagem de palavras: 3678

Autores: André Furtado de Ayalla Rodrigues¹

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa²

Paulo Cesar dos Santos Gomes³

Filipe Albuquerque Fernandes Nóbrega⁴

¹ Psiquiatra e mestrando em Saúde Integral pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Docente do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS); Recife, Pernambuco, Brasil.

² Psicólogo do IMIP e líder do grupo de pesquisa de Saúde Mental do IMIP e Coordenador do Mestrado em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Mestrando em Psicologia da Saúde. Psicólogo do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

⁴ Discente do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Aos editores da Revista Brasileira de Psiquiatria,

Estamos enviando para a publicação o estudo intitulado “Níveis de ansiedade e depressão em atletas de futebol sub-20: um estudo transversal”. Acreditamos que nossa publicação é relevante para o conhecimento científico e para a revista pois este se constitui, para conhecimento dos autores, como a primeira pesquisa brasileira focada na avaliação da saúde mental de atletas. Enquanto já se sabe o efeito positivo do exercício na prevenção de doenças mentais, o nosso foco é o esporte de alto rendimento como possível fator no desenvolvimento dessas doenças. A Psiquiatria do Esporte e do Exercício é ainda uma área incipiente na psiquiatria brasileira e mundial. No último Congresso Brasileiro de Psiquiatria, apenas 1 mesa com o tema. Vale ressaltar que na mesa havia apenas um psiquiatra, Dr. Helio Fádel – autor e tradutor do único livro de Psiquiatria do Esporte no país – enquanto os outros componentes era um médico de outra especialidade e outros dois psicólogos.

Sendo assim, acreditamos que nosso trabalho poderá incluir o Brasil na discussão científica da Psiquiatria do Esporte e do Exercício e ser apenas o início do debate acadêmico dessa subespecialidade psiquiátrica.

ARTIGO REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA

OBJETIVO: Depressão e ansiedade estão entre os transtornos mentais mais prevalentes no mundo. Atletas profissionais estão submetidos a altos níveis de estresse que podem acarretar o desenvolvimento desses transtornos. Avaliamos sintomas de ansiedade e depressão em atletas de futebol masculino entre de 18 e 21 anos nos 3 clubes pernambucanos de maiores torcidas.

MÉTODOS: Foram recrutados atletas que compunham as equipes e utilizado questionário com questões sociodemográficas, atléticas, médica e a Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD).

RESULTADOS: Dos 79 atletas que compunham as equipes, 63 responderam a pesquisa. Foram descritas todas as variáveis sociodemográficas, atléticas e médicas. Sintomas de ansiedade foram encontrados em 14,3% (n = 9) da amostra e 14,3% (n = 9) de depressão. Observou-se a possível influência da renda mensal recebida pelo atleta com o desenvolvimento de sintomas ansiosos ($p = 0,04$). Posição de jogo, status no time, doença psiquiátrica prévia, apesar de $p > 0,05$, mostraram possíveis relações com sintomas ansiosos e depressivos.

CONCLUSÃO: Foram encontrados sintomas de ansiedade e depressão nos atletas e possível associação de sintomas ansiosos e a renda. Novas pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento em relação às possíveis associações demonstradas no trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; futebol de campo; esporte; depressão; ansiedade.

INTRODUÇÃO

O futebol é um dos esportes mais praticados e assistidos no mundo. No Brasil, isso não é diferente. O país é uma das referências mundiais no esporte, conquistando praticamente todos os títulos possíveis e é o único pentacampeão mundial. Os atletas de futebol são admirados e fonte de inspiração para diversos jovens mundo afora e, em especial, no Brasil. É comum, nos grandes clubes brasileiros e mundiais, que são foco da cobertura midiática, encontrar atletas que saíram de uma posição socioeconômica desfavorável e puderam ascender socialmente. Dessa forma, o futebol também é visto como maneira de ascensão social. (1,2)

Porém, a realidade não se mostra tão benevolente quanto os sonhos juvenis imaginam. Em 2015, pesquisa realizada pela Confederação Brasileira de Futebol (CBF) evidenciou o fato de que mais de 80% dos jogadores registrados em sua base de dados ganhavam, no máximo, mil reais mensais e apenas, aproximadamente, 4% recebiam vencimentos acima dos cinco mil reais.(3) Até chegar a esse grupo de elite, os atletas competem pelas equipes das “categorias de base” que são os times os quais existem antes dos jogadores atingirem o elenco principal do clube. Essas equipes são divididas por limite de idade e fazem parte da formação profissional de um jogador de futebol.

Apesar de possuírem um limite superior de idade para cada categoria, não há impedimento de um jogador atingir o time profissional rapidamente e em idade ainda baixa, caso se destaque. No dia-a-dia desses jogadores, há as partidas e os treinamentos para que possam se preparar da melhor forma. Pelo calendário das competições organizadas pela CBF, já é possível encontrar disputas nacionais a partir do sub-17. Já em âmbito estadual, são encontradas disputas de categorias ainda mais novas. Sendo assim, desde cedo esses atletas estão sob a pressão de serem os melhores, seja para vencer os jogos, seja para poder se destacar e ter performances que o credenciem a subir de

categoria e a sub-20 é a última antes do time profissional. Então, todas essas pressões e desafios são impostas a grupos de indivíduos compostos por adolescentes e jovens recém-saídos da adolescência. (4) Essa é uma fase de importante desenvolvimento neuropsicomotor e de criação de relações sociais para o indivíduo.(5-7)

Tentar ser competitivo coloca o atleta diante de uma contradição: na busca da melhor forma física e mental possível para a competição, ele é exposto a situações-limite que podem prejudicar sua saúde e atrasar o resultado esperado. Nesse trajeto, é necessário estar atento às lesões físicas por sobrecarga de estresse físico, porém se manter livre dessas lesões não é suficiente para que uma pessoa esteja pronta para a competição. Sem a devida preparação psicológica e mecanismos para enfrentar a sobrecarga de treinamento e pressões por resultados, a saúde mental dessa população pode sofrer.(8,9) Atualmente, as doenças mentais são responsáveis por consideráveis dias de perda de trabalho na população economicamente ativa, com potencial de perda de até 16 trilhões de dólares até o ano de 2033.(10) No esporte, ainda há muitos que se calam diante do próprio estado mental por receio de como a notícia da doença será recebida por fãs, técnicos e patrocinadores e há o questionamento se ainda haverá apoio para o tratamento da condição. Economicamente, o desempenho no esporte e ter um comportamento que corresponda as expectativas de terceiros são importantes para o patrocinador monetizar sua imagem. (11) No futebol, pesquisas mostram que problemas de saúde mental estão presentes durante a carreira ativa do atleta e após sua aposentadoria dos campos. (10,12,13)

Observando-se o atleta de futebol da categoria de base, é possível notar que o equilíbrio entre a saúde e doença pode ser pequeno. A pressão e o estresse do dia-a-dia podem induzir mudanças na fisiologia central no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal causando tornando o atleta mais suscetível a lesões físicas. Além disso tudo, sabe-se que

o estresse é um dos fatores de risco importante para o aparecimento de doenças mentais, como a depressão e ansiedade. (5–7)

Diante do quadro exposto, da importância social e da ausência de pesquisas sobre o tema nessa população, o presente estudo se propôs a analisar perfil sociodemográfico, rotina dos atletas e sintomas de ansiedade e depressão dos jogadores de futebol de clubes pernambucanos na categoria sub-20.

MÉTODOS

Amostra populacional e critérios de inclusão e exclusão

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de julho e dezembro de 2019 com os atletas da categoria sub-20 de clubes pernambucanos da 1ª divisão do futebol estadual. Foram incluídos no estudo todos os atletas como idade igual ou maior que 18 anos e do sexo masculino. Como critério de exclusão, verificou-se aqueles atletas que possuíam menos de 3 meses treinando em categorias de base, além daqueles que nunca tivessem participado de uma competição oficial de base. Todos os atletas que compunham as equipes foram listados para a participação na pesquisa e amostragem foi por conveniência. Foram rastreados 79 jogadores nos elencos dos clubes. Desses, 4 eram menores de 18 anos e 12 não recusaram a participação, resultando em 63 atletas elegíveis para o estudo.

Instrumentos de coleta e aplicação dos questionários

A escala hospitalar de ansiedade e depressão, já validade no Brasil e em ambientes extra-hospitalares, é composta de duas subescalas, a de ansiedade (HAD-A) e a de depressão (HAD-D). Ela é uma escala composta por 14 perguntas que alternam seu direcionamento entre a ansiedade e a depressão. Cada resposta possui uma pontuação que

vai de 0 a 3 pontos numa escala tipo Likert, podendo totalizar 21 pontos em cada subescala. (14–16). Utilizamos como ponto de corte do estudo original: todo escore igual ou acima de 8 significa sintomas sugestíveis de ansiedade e/ou depressão. (16) As subescalas foram avaliadas individualmente. Como forma de melhor caracterizar a amostra, foi elaborado pelos pesquisadores um questionário que incluía questões sociodemográficas, atléticas e de saúde. Para a aplicação dos questionários, foram realizadas diversas visitas aos locais de treinamento dos atletas de modo que houvesse a menor interferência possível em suas atividades rotineiras. Todas as entrevistas foram realizadas antes ou após sessões de treinamentos físicos dos atletas.

Definição de variáveis e análise dos dados

Para análise, definimos as subescalas HAD-A e HAD-D como variáveis dependentes. As seguintes variáveis presentes no questionário sociodemográfico, atlético e de saúde foram definidas como independentes: religião, estado civil, renda mensal, naturalidade, moradia atual, dedicação aos treinos, dias de treinamento na semana, posição na equipe, titularidade na equipe, chegada ao clube, número de clubes, lesão atual e doença psiquiátrica prévia.

Em relação à análise estatística foram utilizados os softwares STATA/SE 12.0 e Excel 2010. Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Para verificação da existência de associação, utilizou-se o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas, pois exigências do teste Qui-Quadrado não foram alcançadas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 510/16 da CONEP e somente iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Associação Educacional de Ciências da Saúde, sob o parecer número 3.316.234 e CAAE: 12320119.1.0000.5569

RESULTADOS

Nossa amostra foi composta por atletas com idade média de $18,8 \pm 0,76$ anos, negra, religioso, solteira, heterossexual, sem filhos, com educação realizada em escola pública, metade terminou a educação básica e não mantém atividade acadêmica. Quanto à renda recebida para exercer a atividade do futebol, apenas 19% (n=12) recebiam valores acima de 1 salário-mínimo, enquanto o restante recebia uma quantia até 1 salário-mínimo ou não recebia qualquer valor. (Tabela 1)

Tabela 1 – Dados sociodemográficos, renda e escolaridade de atletas de futebol da Categoria Sub-20 de times pernambucanos.

Variáveis	n	%
Cor / Raça		
Branca	10	15,9
Negra / Parda	53	84,1
Religião		
Sim	60	95,2
Não	3	4,8
Heterossexual		
Sim	63	100%
Estado civil		
Solteiro	60	95,2
Casado/união estável	3	4,8
Número de filhos		
Nenhum	54	87,1
1 Filho	8	12,9
Sem informação	1	
Renda mensal		
Até 1 SM	30	47,6
Acima de 1 SM	12	19,0

Sem renda	21	33,3
Escolaridade		
Educação básica incompleta	31	50,0
Educação básica completa	31	50,0
Sem informação	1	-
Mantém Estudos		
Sim	14	22,2
Não	49	77,8
Onde Realizou estudos		
Público	53	84,1
Privado	10	15,9
	Média ± DP	Mínimo – Máximo
Idade	18,8 ± 0,76	18,0 – 21,0

Os atletas, em sua maioria, eram pernambucanos, morando no dormitório do clube, com dedicação exclusiva aos treinamentos e treinavam ao menos 2 horas por dia. (Tabela 2).

Tabela 2 – Residência e rotina de treinos dos de atletas de futebol da Categoria Sub-20 de time pernambucanos

Variáveis	n	%
Naturalidade		
Pernambuco	40	63,5
Outras Localidades	23	36,5
Moradia Atual		
Dormitório do Clube	34	54,0
Outros Locais	29	46,0
Dedicação aos treinos		
Exclusivo treino	50	79,4
Treinos, estudos e trabalhos	13	20,6
Horas de treinamento		
Menos de 2hs	5	8,2
2 ou mais horas	56	91,8
Sem informação	2	-

A amostra dos atletas foi dividida em goleiro, defesa, que incluiu zagueiros e laterais, meio-campo e ataque. Caso os atletas jogassem em mais de uma posição, fato comum no futebol atual, considerou-se a posição que o atleta mais jogou durante as partidas da equipe. Metade dos jogadores eram titulares do time, tinham jogado em 2 ou

mais clubes, não estavam lesionados no momento da entrevista e não houve uniformidade sobre como se tornaram atleta do clube. Além disso, somente 3 atletas tiveram doença psiquiátrica atestada por psiquiatra anteriormente, sendo o diagnóstico de transtorno de ansiedade 2 desses casos. Após a aplicação do questionário, a aplicação das escalas, quando analisado os domínios da ansiedade e da depressão separadamente, verificou-se que 9 atletas estavam com sintomas sugestivos de ansiedade e 9 estavam com sintomas sugestivos de depressão. Porém, quando se analisou os dois domínios juntos, 16 deles mostraram sintomas sugestivos de ansiedade ou depressão, sendo assim, alguns jogadores tiveram escores elevadas em ambos os domínios da escala. (Tabela 3)

Tabela 3 – Posição dos atletas, história clínica e níveis de ansiedade e depressão de atletas de futebol da Categoria Sub-20 de times pernambucanos

Variáveis	n	%
Posição na equipe		
Goleiro	5	7,9
Defesa	22	34,9
Meio-campo	19	30,2
Ataque	17	27,0
Titularidade na equipe		
Sim	31	50,0
Não	31	50,0
Sem informação	1	-
Chegada ao clube		
Escolinha	8	12,7
Peneira	8	12,7
Indicação técnico	13	20,6
Empresário	16	25,4
Outros	18	28,6
Número de clubes		
1 Clube	13	21,0
2 ou mais Clubes	49	79,0
Sem informação	1	-
Lesão atual		
Sim	5	7,9
Não	58	92,1
Doença psiquiátrica prévia		
Sim	3	4,8
Não	60	95,2
Diagnóstico referido		
Transtorno de Ansiedade	2	3,2

Outro	1	1,6
Sem diagnóstico prévio	60	95,2
HAD-A*		
Com sintomas	9	14,3
Normal	54	85,7
HAD-D**		
Com sintomas	9	14,3
Sem sintomas	54	85,7
HAD-A ou HAD-D		
Com sintomas	16	25,4
Sem sintomas	47	74,6

* Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – Subescala Ansiedade

**Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – Subescala Depressão

A relação entre a presença de sintomas identificada através das escalas HAD-A e HAD-D com os dados sociodemográficos, esportivos e de saúde, encontrou-se associação entre a renda mensal do atleta e sintomas de ansiedade (p-valor = 0,04). Quando o atleta não recebia renda mensal, também não foi encontrado sintomas de ansiedade. Porém, à medida que alguma renda era recebida, o percentual de atletas com algum tipo de sintoma aumentou. Entre aqueles que recebiam até 1 salário-mínimo, 20% (n=06) apresentaram níveis aumentados de ansiedade. Quando esse valor aumento para acima de 1 salário-mínimo, 25% (n=03) deles positivaram para sintomas ansiosos. Essas e as demais associações entre as subescalas HAD-A e HAD-D estão mostradas nas tabelas abaixo (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil da amostra e sintomas de ansiedade e depressão de atletas de futebol SUB/20

Variáveis	HAD-A			HAD-D		
	Com sintomas n (%)	Normal n (%)	p-valor	Com sintomas n (%)	Normal n (%)	p-valor
Religião						
Sim	8 (13,3)	52 (86,7)	0,375 *	9 (15,0)	51 (85,0)	1,000 *
Não	1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	3 (100,0)	
Estado civil						
Solteiro	8 (13,3)	52 (86,7)	0,375 *	9 (15,0)	51 (85,0)	1,000 *
Casado/união estável	1 (33,3)	2 (66,7)		0 (0,0)	3 (100,0)	
Renda mensal						
Até 1 SM	6 (20,0)	24 (80,0)	0,040 *	2 (6,7)	28 (93,3)	0,073 *

Acima de 1 SM	3 (25,0)	9 (75,0)		1 (8,3)	11 (91,7)	
Sem renda	0 (0,0)	21 (100,0)		6 (28,6)	15 (71,4)	
Naturalidade						
Pernambuco	6 (15,0)	34 (85,0)	1,000 *	5 (12,5)	35 (87,5)	0,713 *
Outras Localidades	3 (13,0)	20 (87,0)		4 (17,4)	19 (82,6)	
Moradia Atual						
Dormitório do Clube	4 (11,8)	30 (88,2)	0,721 *	4 (11,8)	30 (88,2)	0,721 *
Outros Locais	5 (17,2)	24 (82,8)		5 (17,2)	24 (82,8)	
Dedicação aos treinos						
Exclusivo treino	7 (14,0)	43 (86,0)	1,000 *	6 (12,0)	44 (88,0)	0,376 *
Treino e estudos	2 (15,4)	11 (84,6)		3 (23,1)	10 (76,9)	
Posição na equipe						
Goleiro	0 (0,0)	5 (100,0)	0,127 *	0 (0,0)	5 (100,0)	0,697 *
Defesa	2 (9,1)	20 (90,9)		3 (13,6)	19 (86,4)	
Meio-campo	6 (31,6)	13 (68,4)		2 (10,5)	17 (89,5)	
Ataque	1 (5,9)	16 (94,1)		4 (23,5)	13 (76,5)	
Titularidade na equipe						
Sim	6 (19,4)	25 (80,6)	0,473 *	3 (9,7)	28 (90,3)	0,473 *
Não	3 (9,7)	28 (90,3)		6 (19,4)	25 (80,6)	
Chegada ao clube						
Escolinha	2 (25,0)	6 (75,0)	0,787 *	0 (0,0)	8 (100,0)	0,545 *
Peneira	1 (12,5)	7 (87,5)		1 (12,5)	7 (87,5)	
Indicação técnico	2 (15,4)	11 (84,6)		1 (7,7)	12 (92,3)	
Outros	4 (11,8)	30 (88,2)		7 (20,6)	27 (79,4)	
Número de clubes						
1 Clube	1 (7,7)	12 (92,3)	0,670 *	1 (7,7)	12 (92,3)	1,000 *
2 ou mais Clubes	8 (16,3)	41 (83,7)		7 (14,3)	42 (85,7)	
Lesão atual						
Sim	1 (20,0)	4 (80,0)	0,550 *	0 (0,0)	5 (100,0)	1,000 *
Não	8 (13,8)	50 (86,2)		9 (15,5)	49 (84,5)	
Doença psiquiátrica prévia						
Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	0,375 *	1 (33,3)	2 (66,7)	0,375 *
Não	8 (13,3)	52 (86,7)		8 (13,3)	52 (86,7)	

(*) Teste Exato de Fisher

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar sintomas de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol sub-20, a última categoria na formação do atleta antes da profissionalização. Além disso, coletamos informações adicionais a fim de analisar se havia relação entre os sintomas e as características específicas dessa população. O resultado encontrado revela uma frequência aumentada de sintomas de ansiedade e

depressão, além de encontrar associação entre a renda recebida pelo atleta e sintomas de ansiedade. Apesar da análise estatística das variáveis encontrar apenas uma associação significativa, o presente estudo fornece informações e pode sinalizar o sentido para investigações mais detalhadas a respeito dessa frequência aumentada de sintomas encontrados nessa população.

A revisão de literatura mostrou escassez de dados sobre a população estudada, jogadores de futebol masculino de categoria de base sub-20, e isso foi uma das dificuldades da pesquisa.(17–19) Dessa forma, também utilizamos dados de estudos com populações semelhantes, como jogadoras e jogadores de futebol profissional, principalmente europeus, além de outros esportes para estabelecer as variáveis a serem investigadas. (13,20,21) Também acrescentamos outras variáveis, como a renda recebida e dedicação aos treinos, para melhor refletir aspectos culturais da formação do atleta de futebol no país. (22–24) Ainda sobre as particularidades da cultura do futebol, em estudo realizado com atletas sub-17 sobre a vivência em alojamento, evidenciou que os atletas passam pela experiência de serem julgados, por uma imposição ambiental para um rápido amadurecimento, a quebra de relações sociais anteriores. além da ideia de que o sofrimento é necessário para prosseguir e prosperar na profissão. (24) Apesar das dificuldades impostas pelo processo de profissionalização, outro estudo, dessa vez com atletas sub-20, evidenciou a percepção de uma boa qualidade de vida. (19)

Entretanto, essa qualidade de vida percebida pelos atletas parece não se traduzir no dia-a-dia do brasileiro. Em levantamento realizado pela OMS, o Brasil é um dos países com a maior prevalência em transtornos depressivos e o primeiro colocado em transtornos de ansiedade considerando todas as idades com prevalência de 5,8% e 9,3%, respectivamente.(25) Ao compararmos à totalidade da população brasileira, nosso estudo encontrou prevalência aumentada, de 14,3%, nessa população para ambos os sintomas.

Por outro lado, quando confrontados nossos dados com os de outros estudos em futebolistas, encontramos resultados diversos.(13,17–21,23) Em estudo realizado com jogadores de futebol de elite na ativa e que avaliou ambos os sintomas em conjunto, o resultado foi em linha com o encontrado, apesar de uma amostra populacional diferente. Foi utilizado o Questionário de Saúde Geral, o QSG-12, em uma população de 149 jogadores em atividade profissionais em atividade, com média de 27 anos de idade e 9 anos de experiência de futebol no profissional. (13)

Em pesquisa que incluiu 78 atletas suíços de futebol da categoria sub-21, foram encontrados sintomas de ansiedade em 2,7% dos entrevistados. Em nossa amostra a prevalência de ansiedade foi bem mais elevada, 14,3%. Ressalta-se que essa diferença deve ser encarada criticamente, visto que o questionário utilizado no estudo avaliou sintomas específicos de ansiedade generalizada, o GAD-7 (17) , enquanto o presente estudo se valeu de outro instrumento, a HAD. Em relação aos sintomas depressivos, o resultado encontrado ficou em linha com nossos resultados, mesmo utilizando escalas diferentes. Os sintomas depressivos na pesquisa foram avaliados através da *Center for Epidemiological Scale – Depression*, CES-D. (17) Estudo realizado com 23 atletas sub-20 de clube da primeira divisão do estado de São Paulo e que utilizou o Inventário de ansiedade de Beck, encontrou-se níveis mínimos de ansiedade, porém observou que 17,4% deles possuíam sintomas de estresse, sendo divididos em metade estresse psicológico e a outra metade com estresse físico.(19) Pesquisa com 607 atletas profissionais, que incluiu os continentes da Europa, América do Sul e Ásia, mostrou uma prevalência de sintomas de ansiedade e depressão mais elevada que nossa amostra, 37,9% x 25,4%. Deve-se ressaltar a utilização do QSG-12 para avaliação de ansiedade e depressão nesse estudo.(20) Além disso, em estudo publicado em 2018 com atletas mulheres do futebol alemão, majoritariamente na primeira divisão do país, foi-se observado incidência de 28% de sintomas de depressão e 8,1% de sintomas de ansiedade

generalizada.(18) É importante ressaltar que a Alemanha é, em ambos os sexos, um local de excelência para a prática do futebol, além da alta competitividade de seus campeonatos.

Encontramos uma associação estatisticamente significativa entre sintomas de ansiedade e renda. Quanto maior a renda recebida, maior o percentual de atletas com sintomas ansiosos. Interessante notar que essa relação foi invertida quando comparado a renda aos sintomas de depressão. Especulamos que essas relações aconteçam devido a um reconhecimento da própria situação dentro do projeto de se tornar jogador profissional de futebol. Caso estejam recebendo rendimento, seja do clube, empresário ou algum patrocinador, já existe algum tipo de cobrança subjacente para uma melhor performance, além da ideia de que é factível se profissionalizar.(26) Por outro lado, o não-recebimento de renda, no estágio mais próximo da profissionalização, pode ser desestimulante e mostrar ao atleta que será mais difícil chegar ao time profissional, causando assim sintomas de depressivos. Em pesquisa realizada que avaliou a níveis de ansiedade traço-estado, não houve associação entre remuneração e rendimentos. (23)

Ao observar a essa relação acima, podemos inserir mais uma variável: o status de titular ou reserva na equipe. Nosso resultado foi parcialmente em linha com o encontrado na literatura. (18) Quanto aos sintomas depressivos, essa relação foi positiva, apesar de uma avaliação diferente. Enquanto classificamos apenas como titulares e reservas, o único estudo que mensurou essa variável dividiu em: titular (quase) sempre, frequentemente, às vezes, raramente/nunca. Apesar das diferenças, levantamos a hipótese de que quanto menos o atleta joga, mais frequentes são os sintomas depressivos. Já em relação à ansiedade, encontramos que os titulares possuíam mais sintomas de ansiedade que os reservas, resultado esse que não encontrou suporte na literatura a qual mostrou uma relação equivalente ao da depressão. Esse estudo foi realizado com atletas

profissionais do futebol feminino alemão, porém com idade mais próxima à nossa população, com média de 21,5 anos. (18)

Devemos levar em consideração a singularidade da nossa amostra, principalmente no que diz respeito às características socioeconômicas já que a avaliação desse status pode revelar fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, como a baixa renda e depressão. Estudamos atletas de categorias de base de clubes pernambucanos, os quais estão em uma região do país com marcada diferença socioeconômica em relação ao restante do país, que se reflete na menor verba para investimentos na formação do atleta e das instalações do clube, a literatura geralmente nos mostra atletas profissionais, sejam masculinos ou femininos, com participação em jogos internacionais, em países com menor desigualdade econômica. (13,17,18,20,21)

Outro aspecto avaliado pelo nosso estudo, relaciona os sintomas de ansiedade e depressão com a posição de jogo. Nosso estudo, em acordo com outras pesquisas, os atletas do ataque demonstravam mais sintomas de depressão. (17,18,21) Por outro lado, quando avaliado sintomas de ansiedade, nosso resultado demonstrou contradição com a literatura disponível a qual também é conflitante entre si, tanto em relação à possível existência de uma associação quanto a ser a posição mais ansiogênica. (13,17,21)

O baixo número de atletas que referiram ter sido diagnosticados com ansiedade ou depressão contrasta com a alta prevalência da população geral. Estudar o passado da saúde mental dos atletas ainda não é rotina nas pesquisas realizadas e o que se observa na literatura cursa sobre trabalhos psicológicos atuais ou prévios, porém sem investigar o passado de saúde mental.(13,18) Devemos lembrar que esses atletas iniciam sua preparação para o futebol profissional desde cedo, que as pressões já estão presentes com demandas físicas, psicológicas e de performance e, portanto, esse cuidado deve estar presente desde cedo. (27)

As pesquisas anteriores (13,17,18,20,21) utilizaram outras escalas para aferir os níveis de ansiedade e depressão, dessa forma é possível esperar algumas diferenças nos resultados. Quando comparamos nossos resultados a estudo que utilizou a mesma escala, porém aplicada a uma população mais nova, atletas de elite de outras modalidades e local de excelência de treinamento, os níveis de ansiedade foram semelhantes e o de depressão evidenciou um percentual abaixo do que o encontrado por este estudo.(28)

Uma limitação observada no nosso estudo é o baixo número de atletas avaliados. É importante notar que tivemos uma perda de 20% da amostra inicial, sendo que 12 dos participantes negaram a participação ou não forneceram qualquer resposta ao entrevistador. Questiona-se a possibilidade de medo dos participantes em ficarem expostos diante do próprio grupo, comissão técnica ou diretoria, já que o tema da saúde mental ainda é tabu em alguns setores da sociedade, o futebol incluído. Houve também alguns itens que os atletas não sabiam responder ou não quiseram responder que ficaram sem informação, acarretando alguns itens a terem menor número de respostas. Essa perda interferiu em nossas análises estatísticas dificultando o aparecimento de associações com $p < 0,05$. Isso, porém, não ofusca os dados encontrados já que, no Brasil, para conhecimento dos autores, não há pesquisa publicada semelhante na área. Dessa maneira, o pioneirismo da publicação se torna uma das forças do trabalho realizado. No mundo, a psiquiatria do esporte e do exercício ainda é muito recente. (29,30) No país, temos apenas um livro sobre Psiquiatria do Esporte (31) e mesmo no exterior, ainda é um tema pouco abordado como pudemos compreender ao realizar a revisão bibliográfica. Outro ponto que devemos levantar é que os questionários foram aplicados em momentos distintos da temporada. Essa aplicação variou para atletas dentro de um mesmo clube, como também entre os clubes.

Também é possível que o viés de resposta e de não resposta tenham influenciado algumas de nossas perguntas. As dificuldades de saúde mental ainda são encaradas com reservas pela sociedade e dentro do esporte isso pode se intensificar. Apesar de garantir aos atletas de que eles não seriam identificados em nenhum momento para a direção de seus clubes, não é difícil imaginar que alguns possam ter desvalorizado seus próprios sentimentos na hora de responder os questionários. Esse ponto parece ficar mais visível na resposta sobre orientação sexual. Podemos entender o futebol como um recorte da sociedade e, dessa forma, não seria incomum encontrar atletas homossexuais. Nosso resultado, porém, revelou uma população que se declarou 100% heterossexual. Pesquisas realizadas em outras modalidades já evidenciam a presença de variadas orientações sexuais e que ainda sofrem com dificuldades por parte dos que compõem esse espaço. (32–34)

Acreditamos que essa pesquisa pode servir como base para outros estudos, visto que ela nos oferece dados interessantes. Estudamos apenas dois aspectos da saúde mental de um atleta de base do futebol, porém deixamos de fora diversos outros, como problemas com álcool, de sono, transtornos dismórficos corporais, entre outros aspectos que podem acometer atletas em sua totalidade. (13,35) Aprofundar na relação entre posição e sintomas de ansiedade e depressão, expandir número da população estudada, além de investigar outros níveis da formação do atleta de futebol são aspectos importantes a serem estudados. Sabemos que no Brasil e no mundo, o futebol é visto como possível saída para uma ascensão social. (1,2) Democrático, é um dos esportes mais assistidos e praticados no mundo. Sendo assim, é dever da ciência aprofundar os estudos no campo da saúde mental e psiquiatria do esporte e do exercício para que possamos contribuir, ofertar possíveis soluções para que menos pessoas sofram solitariamente com dificuldades mentais e possam atingir seus potenciais.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

André Ayalla Rodrigues participou da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e resultados, redação crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Leopoldo Barbosa participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Paulo César e Filipe participaram da coleta de dados, revisão de literatura e aprovação da versão final a ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Os participantes dessa pesquisa não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rial C. Jogadores brasileiros na Espanha: emigrantes porém... *Rev Dialectol y Tradic Pop* [Internet]. 2006 Dec 30 [cited 2020 May 2];61(2):163–90. Available from: <http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/20>
2. Souza CAM de, Vaz AF, Bartholo TL, Soares AJG. Dificil reconversão: futebol, projeto e destino em meninos brasileiros. *Horizontes Antropológicos*. 2008 Dec;14(30):85–111.
3. Futebol CB de. Raio-X do futebol: salário dos jogadores - Confederação Brasileira de Futebol [Internet]. Site da Confederação Brasileira de Futebol. 2016 [cited 2018 Jun 19]. Available from: <https://www.cbf.com.br/a-cbf/informes/index/raio-x-do-futebol-salario-dos-jogadores>
4. WHO. World's Adolescents: A second chance in the second decade. *World Heal Organ* [Internet]. 2014;3–6. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/
5. Jaworska N, MacQueen G. Adolescence as a unique developmental period. *J Psychiatry Neurosci*. 2015;40(5):291–3.
6. Finne E, Bucksch J, Lampert T, Kolip P. Age, puberty, body dissatisfaction, and physical activity decline in adolescents. Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2011 Oct 27 [cited 2018 Jun 19];8(1):119. Available from: <http://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-8-119>

7. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2018;2(3):1–6.
8. Bauman NJ. The stigma of mental health in athletes: Are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? *Br J Sports Med*. 2016;50(3):135–6.
9. Pipe A. The adverse effects of elite competition on health and well-being. *Can J Appl Physiol*. 2001;26(6 SUPPL.).
10. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9904):1575–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
11. Macintyre T, Brewer B, Jones M. *Mental Health Challenges in Elite Sport: Balancing Risk with Reward*. [Internet]. Lausanne: Frontiers in Psychology; 2018. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/322337129>
12. Murray CJL, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. *N Engl J Med* [Internet]. 2013;369(5):448–57. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1201534>
13. Gouttebauge V, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occup Med (Chic Ill)*. 2015;65(3):190–6.
14. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355–63.

15. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An Updated Literature Review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2002 [cited 2020 May 28];52(2):69–77. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399901002963>
16. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
17. Junge A, Feddermann-Demont N. Prevalence of depression and anxiety in top-level male and female football players. *BMJ Open Sport Exerc Med* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 28];2(1):e000087. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/>
18. Junge A, Prinz B. Depression and anxiety symptoms in 17 teams of female football players including 10 German first league teams. *Br J Sports Med* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Apr 17];53(8):471–7. Available from: <http://bjsm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bjsports-2017-098033>
19. Paína DM, Fecho JJ, Peccin MS, Padovani RDC. Avaliação da qualidade de vida, estresse, ansiedade e coping de jogadores de futebol de campo da categoria sub-20. *Context Clínicos*. 2018 Jun 5;11(1):97–105.
20. Gouttebauge V, Aoki H, Verhagen E, Kerkhoffs G. Are Level of Education and Employment Related to Symptoms of Common Mental Disorders in Current and Retired Professional Footballers? *Asian J Sports Med* [Internet]. 2016;7(2):e28447. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=pem&AN=27625749>
21. Prinz B, Dvořák J, Junge A, ěÍ Dvor J, Junge A, Junge@medicalschoo A. Symptoms and risk factors of depression during and after the football career of

- elite female players. *BMJ Open Sport Exerc Med* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2020 Apr 28];2(1):e000124. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2016-000124>
22. Ciampa A da C, Leme CG, Souza RF. Considerações sobre a formação e transformação da identidade profissional do atleta de futebol no Brasil. *Rev Divers*. 2010;6(1):27–36.
 23. Rosito LE. Níveis De Ansiedade Traço-Estado Em Jogadores Níveis De Ansiedade Traço-Estado Em Jogadores. 2008;86.
 24. Salomão RL, Ottoni GP, Barreira CRA. Atletas de base de futebol: a experiência de viver em alojamento. *Psico USF*. 2014;19(3):443–55.
 25. Organization WH. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
 26. Dos Santos PB, Coelho RW, Keller B, Facco Stefanello JM. Fatores geradores de estresse para atletas da categoria de base do futebol de campo. *Motriz Rev Educ Fis*. 2012;18(2):208–17.
 27. Stølen T, Chamari K, Castagna C, Wisløff U. Physiology of soccer: An update [Internet]. Vol. 35, *Sports Medicine*. 2005 [cited 2020 May 1]. p. 501–36. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00007256-200535060-00004>
 28. Weber S, Puta C, Lesinski M, Gabriel B, Steidten T, Bär KJ, et al. Symptoms of anxiety and depression in young athletes using the hospital anxiety and depression scale. *Front Physiol*. 2018;9(MAR):1–12.

29. Begel D. An overview of sport psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1992;149(5):606–14.
30. Glick ID, Kamm R, Morse E. The evolution of sport psychiatry, circa 2009. Vol. 39, *Sports Medicine*. *Sports Med*; 2009. p. 607–13.
31. McDuff DR, Fádel H. *Psiquiatria do Esporte: Estratégias para qualidade de vida e desempenho máximo*. In: *Psiquiatria do Esporte: Estratégias para qualidade de vida e desempenho máximo*. 1ª edição. Manole; 2018. p. 1.
32. Nye EA, Crossway A, Rogers SM, Games KE, Eberman LE. Lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Collegiate athletic trainers' perceptions. *J Athl Train*. 2019 Mar 1;54(3):334–44.
33. Calzo JP, Roberts AL, Corliss HL, Blood EA, Kroshus E, Austin SB. Physical activity disparities in heterosexual and sexual minority youth ages 12-22 years old: Roles of childhood gender nonconformity and athletic self-esteem. *Ann Behav Med*. 2014 Feb;47(1):17–27.
34. Ensign KA, Yiamouyiannis A, White KM, Ridpath BD. Athletic trainers' attitudes toward lesbian, gay, and bisexual National Collegiate Athletic Association student-athletes. *J Athl Train*. 2011 Jan;46(1):69–75.
35. Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sport Med*. 2016;46(9):1333–53.

V. CONCLUSÕES

A pesquisa desta dissertação revelou que os jogadores das categorias de base sub-20 dos clubes pernambucanos parecem possuir uma prevalência elevada de sintomas de ansiedade e depressão. De acordo com os resultados, aproximadamente 25% da amostra foi positiva para algum grau desse tipo de sintomatologia. Além disso, foi observada uma relação de risco estatisticamente significativa entre a renda mensal do atleta e os níveis de ansiedade.

Quando analisadas as subescalas, observou-se que 14,3% dos entrevistados possuíam escores compatíveis com sintomas de ansiedade e o mesmo percentual também foi positivo para depressão.

Nossa pesquisa também pode descrever essa população sob o aspecto sociodemográfico, atlético e médico. Obtivemos uma população majoritariamente entre 18 e 19 anos, negra, heterossexual, praticante de religião, solteira e sem filhos. A maior parte deles recebia até 1 salário-mínimo ou não possuía qualquer tipo de renda, enquanto a renda per capita familiar excedia 1 salário-mínimo. Exatamente a metade dos que responderam ainda não haviam completado o ensino básico e a outra metade, sim.

Parte majoritária da população tinha como única atividade os treinos e apenas 14 ainda mantinham algum tipo de estudo. Esses atletas são de Pernambuco, dormem em seus clubes, geralmente dividindo a moradia com 4 ou mais pessoas. Os que não residem no clube, quando precisam de transporte para ir ao treino, utilizam o transporte público e participam de mais de 2 horas de treinamentos durante 6 dias na semana.

A amostra mostrou uma leve predominância de defensores e metade eram titulares de seus times. Não houve predominância sobre como esses atletas começaram a ser

jogadores do clube, dividindo-se em chegada através da escolinha, peneira, indicação de técnico, empresário, além de outros meios. Mesmo sendo mais jovens, grande parte deles já tinham passado por mais de 1 clube. No momento da coleta, apenas 5 estavam lesionados. Encontrou-se que apenas 3 atletas haviam recebido algum diagnóstico psiquiátrico prévio e apenas 2 afirmaram possuir diagnóstico atual de ansiedade. Apesar desses dados, como já descritos, 25,4% da amostra foi positiva para ansiedade ou depressão.

Outras relações, apesar de não estatisticamente significativas, surgiram desse trabalho e que podem valer a pena ter um maior enfoque em pesquisas futuras, como a associação com ansiedade entre a posição na equipe, a titularidade, a chegada ao clube, o número de clubes, lesão atual e doença psiquiátrica prévia. Sobre a depressão, a relação entre ela e a renda mensal, dedicação aos treinos, posição na equipe, titularidade, chegada ao clube, número de clubes, lesão atual e doença psiquiátrica prévia deve ser aprofundada

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de maiores estudos com amostra populacional maior para que sejam esclarecidas as dúvidas levantadas pelo atual trabalho. Além disso, é importante ressaltar o pioneirismo do trabalho realizado, com foco nos sintomas de doença mental em uma categoria de formação do futebol, esporte o qual ainda não demonstra abertura ao profissional psiquiatra.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salaverry O. La Piedra De La Locura : the Stone of Madness : Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(1):143–9.
2. Hein LC, Scharer KM. A modern history of psychiatric-mental health nursing. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2015;29(1):49–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.10.003>
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet [Internet]. 2013;382(9904):1575–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
4. E.A.Clarke. What is Preventive Medicine? Can Fam Physician. 1974;November:65–8.
5. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. Eur J Gen Pract. 2018 Jan 1;24(1):106–11.
6. Kazakovtsev BA, Krasnov VN, Levina NB, Nemtsov A V. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, “facing the challenges, building solutions” (Helsinki, Finland, 12-15 January 2005). Vol. 105, Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova / Ministerstvo zdravookhraneniia i meditsinskoi promyshlennosti Rossiiskoi Federatsii, Vserossiiskoe obshchestvo nevrologov [i] Vserossiiskoe obshchestvo psikiatrov. 2005. 78–80 p.

7. Park A La, McDaid D, Weiser P, Von Gottberg C, Becker T, Kilian R. Examining the cost effectiveness of interventions to promote the physical health of people with mental health problems: A systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec 29 [cited 2020 Apr 17];13(1):787. Available from: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-787>
8. Reddy M. Primary prevention in psychiatry. *Indian J Psychol Med*. 2009;31(1):1.
9. Müller G, Pfinder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: Economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Oct 17 [cited 2020 Apr 17];19(1):1309. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7585-4>
10. National Research Council (US) and Institute of Medicine(US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children Y and YARA and PI, O'Connell ME, Boat T, Warner KE. *Benefits and Costs of Prevention*. 2009;
11. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Am J Community Psychol*. 1997;25(2):115–52.
12. Diehl JJ, Choi H. Exercise: the Data on its Role in Health, Mental Health, Disease Prevention, and Productivity. *Prim Care - Clin Off Pract* [Internet]. 2008;35(4):803–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2008.07.014>
13. Sharma A, Madaan V, Petty FD. Exercise for mental health [1]. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(2):106.

14. Biddle SJH, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *Br J Sports Med*. 2011;45(11):886–95.
15. Manna I, Khanna GL, Dhara PC. Effect of training on physiological and biochemical variables of soccer players of different age groups. *Asian J Sports Med [Internet]*. 2010;1(1):5–22. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105123163&site=ehost-live>
16. Zanella AM, Souza DRS, Godoy MF. Influência do exercício físico no perfil lipídico e estresse oxidativo. *Arq Ciênc Saúde*. 2007;14(2):107–12.
17. Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: A review of qualitative studies. *Health Educ Res*. 2006;21(6):826–35.
18. Chang Y. Reorganization and plastic changes of the human brain associated with skill learning and expertise. *Front Hum Neurosci [Internet]*. 2014;8(February):1–7. Available from:
<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2014.00035/abstract>
19. Lin TW, Kuo YM. Exercise benefits brain function: The monoamine connection. *Brain Sci*. 2013;3(1):39–53.
20. Heijnen S, Hommel B, Kibele A, Colzato LS. Neuromodulation of aerobic exercise-A review. *Front Psychol*. 2016;6(JAN):1–6.
21. Raichlen DA, Polk JD. Linking brains and brawn: Exercise and the evolution of human neurobiology. Vol. 280, *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. Royal Society; 2013.

22. US Olympic Committee. The Olympic Games. *JAMA J Am Med Assoc.* 1972 Aug 28;221(9):979–80.
23. Team USA. American Development Model [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 1]. Available from: <https://www.teamusa.org/About-the-USOC/Athlete-Development/Coaching-Education/American-Development-Model>
24. Stølen T, Chamari K, Castagna C, Wisløff U. Physiology of soccer: An update [Internet]. Vol. 35, *Sports Medicine.* 2005 [cited 2020 May 1]. p. 501–36. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00007256-200535060-00004>
25. Daneshvar DH, Nowinski CJ, Mckee AC, Cantu RC. The Epidemiology of Sport-Related Concussion. *Clin Sports Med.* 2011;30(1):1–17.
26. Yang J, Cheng G, Zhang Y, Covassin T, Heiden EO, Peek-Asa C. Influence of symptoms of depression and anxiety on injury hazard among collegiate American football players. *Res Sport Med.* 2014;22(2):147–60.
27. Love K. Everyone Is Going Through Something [Internet]. *The Players Tribune.* 2018. Available from: <https://www.theplayerstribune.com/en-us/articles/kevin-love-everyone-is-going-through-something>
28. Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sport Med.* 2016;46(9):1333–53.
29. Rosito LE. Níveis De Ansiedade Traço-Estado Em Jogadores Níveis De Ansiedade Traço-Estado Em Jogadores. 2008;86.
30. Goutteborge V, Tol JL, Kerkhoffs GMMJ. Epidemiology of symptoms of common mental disorders among elite Gaelic athletes: a prospective cohort study. *Phys Sportsmed.* 2016;44(3):283–9.

31. Gouttebarga V, Aoki H, Kerkhoffs G. Symptoms of common mental disorders and adverse health behaviours in male professional soccer players. *J Hum Kinet.* 2015;49(1):277–86.
32. Gouttebarga V, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occup Med (Chic Ill).* 2015;65(3):190–6.
33. Ciampa A da C, Leme CG, Souza RF. Considerações sobre a formação e transformação da identidade profissional do atleta de futebol no Brasil. *Rev Divers.* 2010;6(1):27–36.
34. Dos Santos PB, Coelho RW, Keller B, Facco Stefanello JM. Fatores geradores de estresse para atletas da categoria de base do futebol de campo. *Motriz Rev Educ Fis.* 2012;18(2):208–17.
35. Futebol CB de. Raio-X do futebol: salário dos jogadores - Confederação Brasileira de Futebol [Internet]. Site da Confederação Brasileira de Futebol. 2016 [cited 2018 Jun 19]. Available from: <https://www.cbf.com.br/a-cbf/informes/index/raio-x-do-futebol-salario-dos-jogadores>
36. Pimenta Marques M, Martin Samulski D. Análise da carreira esportiva de jovens atletas de futebol na transição da fase amadora para a fase profissional: escolaridade, iniciação, contexto sócio-familiar e planejamento da carreira. *Rev Bras Educ Física e Esporte.* 2009;23(2):103–19.
37. Paína DM, Fecho JJ, Peccin MS, Padovani RDC. Avaliação da qualidade de vida, estresse, ansiedade e coping de jogadores de futebol de campo da categoria sub-20. *Context Clínicos.* 2018 Jun 5;11(1):97–105.

38. Daniele Lindern AMAMS, Camila Sartori da Silva CS de ML. Impacto de uma intervenção psicológica para atletas de futebol de categorias de base.
39. Kroeff de Araujo Corrêa D, Carlos Alchieri J, Regina Severo Duarte L, Neves Strey M. Excelência na Produtividade: A Performance dos Jogadores de Futebol Profissional Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Vol. 15, Psicologia: Reflexão e Crítica. 2002.
40. Goutteborge V, Aoki H, Verhagen E, Kerkhoffs G. Are Level of Education and Employment Related to Symptoms of Common Mental Disorders in Current and Retired Professional Footballers? Asian J Sports Med [Internet]. 2016;7(2):e28447. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=pem&AN=27625749>
41. Van Slingerland KJ, Durand-Bush N, Bradley L, Goldfield G, Archambault R, Smith D, et al. Canadian Centre for Mental Health and Sport (CCMHS) Position Statement: Principles of Mental Health in Competitive and High-Performance Sport. Clin J Sport Med [Internet]. 2019 May 1 [cited 2020 Apr 17];29(3):173–80. Available from: <http://journals.lww.com/00042752-201905000-00001>
42. Moesch K, Kenttä G, Kleinert J, Quignon-Fleuret C, Cecil S, Bertollo M. FEPSAC position statement: Mental health disorders in elite athletes and models of service provision [Internet]. Vol. 38, Psychology of Sport and Exercise. Elsevier Ltd; 2018 [cited 2020 Apr 17]. p. 61–71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1469029218300153>
43. Kornspan AS. History of sport and performance psychology. The Oxford Handbook of Sport and Performance Psychology. 2012. 3–23 p.

44. Green C, Benjamin LTB. Psychology gets in the game: sport, mind, and behavior, 1880– 1960. Christopher D. Green LTBJ, editor. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling*. University of Nebraska Press; 2009. 313 p.
45. McDuff DR, Fádel H. *Psiquiatria do Esporte: Estratégias para qualidade de vida e desempenho máximo*. In: *Psiquiatria do Esporte: Estratégias para qualidade de vida e desempenho máximo*. 1ª edição. Manole; 2018. p. 1.
46. Begel D. An overview of sport psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1992;149(5):606–14.
47. Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbuhler I. *Instrumentos de avaliação em Saúde Mental*. 1ª Edição. Artmed; 2015. 524 p.
48. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355–63.
49. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An Updated Literature Review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2002 [cited 2020 May 28];52(2):69–77. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399901002963>
50. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
51. Bocéréan C, Dupret E. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*. 2014 Dec 16;14(1).

52. Djukanovic I, Carlsson J, Årestedt K. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a valid measure in a general population 65-80 years old? A psychometric evaluation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Oct 4;15(1).
53. Weber S, Puta C, Lesinski M, Gabriel B, Steidten T, Bär KJ, et al. Symptoms of anxiety and depression in young athletes using the hospital anxiety and depression scale. *Front Physiol*. 2018;9(MAR):1–12.

APÊNDICE I**CHECK LIST PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:**

“Níveis de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol das categorias de base sub-20 de clubes pernambucanos”

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<input type="checkbox"/> Sexo masculino <input type="checkbox"/> Acima de 18 anos	<input type="checkbox"/> Nunca ter participado de competição de futebol das categorias de base <input type="checkbox"/> Menos de 3 meses como atletas de futebol na categoria de base

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Níveis de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol das categorias de base sub-20 dos clubes pernambucanos.”

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo da pesquisa é fazer um levantamento sobre ansiedade e depressão nos jogadores de futebol das categorias de base sub-20 e sub-17 dos clubes pernambucanos com as maiores torcidas.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: os pesquisadores irão aplicar dois questionários. No primeiro deles, você responderá sobre questões sociais e demográficas, seu passado médico e atlético. Já o segundo questionário será a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. A duração para a aplicação dos questionários será de, aproximadamente, 30 minutos. Você terá a oportunidade de tirar qualquer dúvida com o pesquisador durante a aplicação desses questionários.

BENEFÍCIOS

São benefícios potenciais desta pesquisa:

1) Poder fazer um levantamento inédito sobre esses indicadores de saúde mental nos atletas de futebol sub-20.

2) Com os dados consolidados, poder trabalhar na prevenção desses acometimentos mentais.

3) Oferecer melhor qualidade de saúde aos jogadores para que eles possam atingir a excelência em seu desempenho atlético.

RISCOS

Esta pesquisa apresenta risco mínimo ao participante visto que será apenas a aplicação dos questionários. Além disso, todas as informações serão sigilosas e ficarão em posse apenas dos pesquisadores.

Você pode se sentir desconfortável em participar, porém deve saber que todas as informações que fornecer serão mantidas em sigilo e sua identidade não será em hipótese alguma divulgada.

CUSTOS

Esta pesquisa não trará qualquer custo para o participante.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais e aos resultados dos questionários aplicados. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DE QUESTIONÁRIO APLICADO

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Estes resultados serão enviados ao seu médico e ele falará com você. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa.

Neste caso, por favor, ligue para ANDRÉ FURTADO DE AYALLA RODRIGUES, pelo telefone: (81) 41414616 das 09h-18h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da FPS (CEP/FPS) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Av.Mascarenhas de Moraes, nº4861, Imbiribeira, Recife-PE. CEP: 51150-000. É possível entrar em contato através do seguinte email: comite.etica@fps.edu.br ou pelo telefone 81.33127755. O CEP/FPS funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 08h30-11h30 | 14-16h30

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ / ____ / ____

Nome e Assinatura do participante Data

_____ / ____ / ____

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial Data

(quando pertinente)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ / ____ / ____

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data

APÊNDICE III

Formulário sociodemográfico, atlético e médico

**TÍTULO PROJETO: Níveis de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol das
categorias de base sub-20 e sub-17 de clubes pernambucanos**

Número do formulário:

Pesquisador _____

Local _____

Data da coleta de dados ____/____/____

Data da 1ª. Revisão ____/____/____ Data da Digitação ____/____/____

Data da 2ª. Revisão ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO (ETIQUETA)

Nome _____ Registro

(preencher a lápis)

Data da admissão ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____

Endereço: _____

Rua Nº. Bairro Cidade

Telefone: _____

II. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Idade (anos)

Cor 1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Indígena 5. Outras

Orientação sexual 1. Heterossexual 2. Homossexual 3. Bissexual

Religião 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Outras

III. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Solteiro 2. Casado/união estável 3. Viúvo/outros

Número de filhos 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 ou mais

Renda mensal própria (total em R\$) ,

Renda per capita (total em R\$) ,

Escolaridade (anos completos estudados e aprovados)

Ainda mantém estudos 1. Sim 2. Não

Aonde realizou estudos? 1. 100% público 2. >50% público 3. >50% privada 4. 100% privada

Naturalidade _____

Procedência _____

Moradia atual 1. Casa própria 2. Casa dos pais/familiares 3. Casa alugada 4. Dormitório do clube 5. Outros

Moradores na casa

IV. CARACTERÍSTICAS ATLÉTICAS

Como vai para o treino? 1. A pé 2. Veículo próprio 3. Transporte público 4. Carona 5. Mora no clube 6. Outros

Dedicação aos treinos

- a. Em relação a exercer outras atividades 1. Exclusivamente treinos 2. Treinos e estudos 3. Treinos e trabalho 4. Treinos, trabalho e estudo
- b. Horas por dia de treinamento
- c. Dias por semana de treinamento

Posição primária na equipe 1. Goleiro 2. Lateral 3. Zagueiro 4. Meia-defensivo 5. Meia-atacante

Titularidade no time 1. Sim 2. Não

Como chegou ao clube 1. Escolinha de futebol/futsal 2. Peneira do clube 3. Indicação do técnico 4. Através de empresário 5. Outros

Número de clubes em que jogou 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 ou mais

Lesão atual 1. Sim Qual? _____ 2. Não

Lesão prévia 1. Sim Qual?

IV. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Lesão atual 1. Sim Qual? _____ 2. Não

Lesão prévia 1. Sim Qual? _____ 2. Não

Histórico de doença psiquiátrica 1. Sim Qual? _____ 2. Não

ANEXO I

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Níveis de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol das categorias de base sub-20 e sub-17 de clubes pernambucanos.

Pesquisador: LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12320119.1.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.316.234

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, tipo corte transversal com jogadores de futebol. Os dados do projeto serão colhidos em consultórios reservados nos departamentos médicos dos locais de treinamento dos respectivos clubes.

Objetivo da Pesquisa:

-Verificar a frequência de sintomas de ansiedade e depressão entre jogadores de futebol da categoria de base sub-20 e sub-17.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- pesquisadores informaram os riscos e benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- pesquisa adequada do ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- folha de rosto- ok

- cartas de anuências-ok

- lattes - não abrem

Recomendações:

Sugestão: alterar os arquivos do currículo lattes para PDF.

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBUIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3512-7755

E-mail: comite.etica@fpe.edu.br

ANEXO I

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.316.234

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-FPS solicita que o pesquisador envie relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1318412.pdf	22/04/2019 10:40:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Ansiedade_E_Depressao_Jogadores_de_Futebol_VERSAO_FINAL.pdf	22/04/2019 10:37:25	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Outros	Carta_de_anuenciada_Santa_Cruz.pdf	22/04/2019 10:37:07	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Outros	Carta_de_anuenciada_Sport.pdf	22/04/2019 10:36:53	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Outros	Carta_de_anuenciada_Nautico.pdf	22/04/2019 10:36:37	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	22/04/2019 10:36:20	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/04/2019 10:36:13	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Outros	Instrumentos_necessarios_coleta_Socio-demografico_Checklist_HAD.pdf	22/04/2019 10:05:56	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Orçamento	Orçamento_Plataforma_Brasil.pdf	22/04/2019 10:04:44	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Cronograma	Cronograma_Plataforma_Brasil.pdf	22/04/2019 10:04:22	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Futebol_Ansiedade_Depressao.pdf	11/04/2019 11:44:33	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
 Bairro: IMBIRIBERA CEP: 51.150-000
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fpa.edu.br

ANEXO I

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.316.234

Outros	Lattes_Andre.bt	04/04/2019 12:37:40	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito
Outros	Lattes_Leopoldo.bt	04/04/2019 12:36:59	ANDRE FURTADO DE AYALLA RODRIGUES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 09 de Maio de 2019

Assinado por:
Luciana Marques Andreto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861
Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.150-000
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)3312-7755 E-mail: comite.etica@fp.edu.br

ANEXO II

ANEXO

Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral (HAD)

d
o
b
r
a
r

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD*

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última semana*. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

- A** Eu me sinto tenso ou contraído:
- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca
-
- D** Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada
-
- A** Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso
-
- D** Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais
-
- A** Estou com a cabeça cheia de preocupações:
- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente
-
- D** Eu me sinto alegre:
- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo
-
- A** Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca
-
- D** Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca
-
- A** Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

ANEXO II

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria.
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Um pouco menos do que antes
 2 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
 2 () Várias vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
 1 () Várias vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca

— A — D —

ANEXO III

Orientação aos autores

Scope and policy

The Brazilian Journal of Psychiatry is a bimonthly publication that aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, including public health, clinical epidemiology, basic science, and mental health problems. The journal is fully open access, and there are no article processing or publication fees. Articles must be written in English.

These instructions were written based on the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, edited by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). The original document is available at <http://www.icmje.org/>.

Advertising

Commercial advertisements are accepted for analysis but will not be juxtaposed with editorial content. The Editors and ABP reserve the right to refuse any print and online advertisements that will be considered inappropriate or that do not comply with existing regulatory standards.

Submitting your manuscript

The first time you use the manuscript submission site of the Brazilian Journal of Psychiatry at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbp-scielo>, you will be asked to create an account. You will use the same username and password for author and reviewer

functions. You may log into the system at any time to submit a manuscript or to check on the status of previously submitted manuscripts. To submit a manuscript, select Author and click on Begin Submission. The manuscript submission process includes 7 steps that gather information about your manuscript and allow you to upload the pertinent files (cover letter, manuscript text, tables, figures, and related material).

Step 1: Manuscript type, title and abstract
First choose the type of manuscript you wish to submit. You may choose between Original Article, Brief Communication, Review Article, Special Article, Editorial or Letter to the Editors. Manuscripts must be written in English. The table below shows the maximum number of words, references and tables/figures for each manuscript type.

Manuscript type	Main text words	Abstract words	References	Tables + figures
Original Articles	5000	Structured, 200	40	6
Review Articles	6000	Structured, 200	Unlimited	6
Brief Communications	1500	Structured, 200	15	2
Special Articles	6000	Unstructured, 200	Unlimited	6
Letters to the Editors	500	No abstract	5	1
Editorials	900	No abstract	5	1

Original articles: These should describe fully, but as concisely as possible, the results of

original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions.

- **Review articles:** These should be systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process should be described in detail, according to PRISMA or other appropriate guidelines.
- **Brief communications:** Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance.
- **Special articles:** Special articles address specific current topics relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. These should be non-systematic reviews and should include critical assessments of literature and data sources, critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors.
- **Letters to the Editors:** Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal (maximum of four authors).
- **Editorials:** Critical and in-depth commentary invited by the Editors or written by a person with known expertise in the topic.

Title: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the title from the manuscript file. Make sure there are no line breaks in the title. Titles should be concise (max. 50 words), specific, and informative. Avoid using abbreviations.

Abstract: You can copy and paste this from your manuscript, but do not delete the abstract

from the manuscript file. If submitting a structured abstract, add a line space between each section.

Step 2: File upload

Click the Select File... button to view a directory of your computer. Navigate to where your files are stored. Submit the manuscript file (Article File) preferably in Word format. Your manuscript will be converted to a PDF during the submission process. Do not include line numbers as these will be added to your manuscript during the PDF conversion process.

Step 3: Attributes

You will be asked to list 1 to 5 keywords that describe the main topics of your manuscript. Please use MeSH terms only.

Step 4: Authors & Institutions

List all authors by full name: First Name (Given) and Last Name (Family or Surname). You will also be asked to indicate authors' institutions and a valid e-mail address for each author. Note that all communications concerning manuscript submissions and authorship forms are done through e-mail. An ORCID iD has to be informed for the submitting author (coauthors optional). Review author list and confirm authorship order. Postal/mail address and telephone number for the corresponding author should be included only in the title page (see below).

Step 5: Reviewers

You will be asked to indicate 5 potential reviewers for your manuscript. These should be researchers who have a publication record, clinical or research experience in the topic of your manuscript. Inform first and last name, e-mail address and institution. Suggested reviewers should not be from the same institution or research group as authors. Also, we

advise against indicating collaborators from previous publications among suggested reviewers. Editors will consider your suggestions at their discretion. If you wish, you may also oppose specific reviewers for your manuscript.

Step 6: Details & Comments

Write a cover letter to the Editors explaining the nature of your article and why the authors believe the manuscript should be published by the Brazilian Journal of Psychiatry. Make sure to mention whether the authors have published or submitted any related papers from the same study elsewhere. You may choose to upload a file or write the cover letter in the designated box.

In this step, you will also be required to inform the following:

- Funding: When applicable, disclose information regarding funding agency and grant/award number.
- Number of words and references
- Conflict of Interest: Each author's conflicts of interest and financial disclosures, including declarations of no financial interest, must be included in this form. If the manuscript is accepted for publication, authors will be required to sign an Author Agreement form, which will be mailed directly to the corresponding author.

Step 7: Review & Submit

Carefully review each step of your submission. The system will point with a red X whether there are any incomplete parts. Once you are ready, click on the View Proof buttons to view the individual and/or merged HTML and PDF files created, as well as the MEDLINE proof. You will be asked to review and approve the PDF of your article files to ensure that you are satisfied with how your manuscript is displayed for editors and reviewers. Confirm that your manuscript information is complete and correct any errors.

When you are satisfied that the submission is complete, click the Submit button. We will not begin the editorial review process until this final step is completed.

Manuscript preparation

Title page: Page 1 should contain full title, authors' names, their departments and institutions, including the city and country of origin. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces). The full name, telephone number, fax number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Abstract: Page 2 should present a structured abstract (not exceeding 200 words) with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusion (check table with abstract requirements for each manuscript type, above). Please indicate three to five keywords in strict accordance with [Medical Subject Headings](#). Do not include an abstract in Portuguese or any language other than English. If applicable, inform the clinical trial registration number at the end of the abstract (see below).

Clinical Trial Registration: The Brazilian Journal of Psychiatry supports the clinical trial registration policies of the World Health Organization (WHO) and the ICMJE, recognizing the importance of such initiatives for the registration and disclosure of trial results to the international community through open access. According to this recommendation and to the BIREME/OPAS/OMS guidelines for journals indexed in the LILACS and SciELO databases, the Brazilian Journal of Psychiatry will only accept for publication clinical trials that have been registered in Clinical Trials Registries that meet the WHO and ICMJE requirements.

Main text: The manuscript file (main text) must be written in English, double-spaced throughout, and should contain the following items in this order: title page, abstract, manuscript text, acknowledgment section, references, figure legends, and tables. Use 10-, 11-, or 12-point font size. All terms or abbreviations should be spelled out at first mention in the text and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals.

The Methods section should include information on ethics committee approval and informed consent procedures, as well as compliance with institutional and national standards for the care and use of laboratory animals, where applicable.

Reference list: Authors are responsible for the accuracy and completeness of their references and for correct in-text citation. Number references in the order they appear in the text; do not alphabetize. In text, tables, and legends, identify references with superscript Arabic numerals. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the first citation of the table/figure in the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by "Forthcoming" and the expected year of publication. Information from manuscripts not yet accepted should be cited only in the text as personal communication. Reference accuracy is the responsibility of the authors. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus.

Examples:

- Journal article: Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry*. 2013;35:51-6.

List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al."

- Book: Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- Book chapter: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- Theses and dissertations: Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tables: Tables should be submitted preferably in Word format, but Excel files are also accepted. If using Excel, do not place tables on individual spreadsheets within the same file because only the first sheet will be converted. Whenever possible, tables should be appended to the end of the manuscript text file (after any figure legends) instead of being uploaded as separate files. All figures/tables should clarify/complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. All tables and figures should include descriptive legends, and abbreviations should be defined. Any tables or figures extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the current copyright holder at the time of submission.

Figures: Acceptable figure file formats are AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF, and XLS. Figures can be included in the manuscript, but preferably

should be uploaded as separate files. If your manuscript is accepted, you may be asked to provide high-resolution, uncompressed TIF files.

Online-only supplementary material: Online-only material should be submitted in a single Word document with pages numbered consecutively. Each element included in the online-only material should be cited in the text of the main manuscript (e.g., Table S1 available as online-only supplementary material) and numbered in order of citation in the text (e.g., Table S1, Table S2, Figure S1, Figure S2, Supplementary Methods). The first page of the online-only document should list the number and title of each element included in the document.

If you need additional help, you can click on the help signs that appear throughout the system. A help dialogue box will pop up with context-sensitive help. If you have questions or problems with your submission, please contact the editorial office by e-mail at editorial@abp.org.br

Checking manuscript status

After you approve your manuscript, you are finished with the submission process. To check the status of your manuscript throughout the editorial review process:

1. Log into the system with your username and password.
2. Select the Author Dashboard on your Home Page.
3. Select Submitted Manuscripts or another category and check manuscript status

Review process

The manuscript submission and editorial review process is as follows:

1. An author submits a manuscript.
2. The manuscript is verified by the editorial office, screened for plagiarism using a built-

in tool available in the submission system, and then assigned to an editor.

3. The editor reviews the manuscript and makes an initial decision based on manuscript quality and editorial priorities, usually either to send the manuscript to peer reviewers or to reject the manuscript at that point so that the author can submit it to another journal. The selection of manuscripts for publication is based on their originality, relevance of the topic, methodological quality, and compliance with these instructions.
4. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by at least two anonymous external referees selected by the editors. For those manuscripts sent to peer reviewers, the editors make a decision based on editorial priorities, manuscript quality, reviewer recommendations, and perhaps discussion with fellow editors. At this point, the decision is usually to request a revised manuscript, reject the manuscript, or provisionally accept the manuscript.
5. The decision letter is sent to the author.
6. Revised manuscripts are sent back to reviewers for reassessment. Based on the reviewers' comments, the editors make the final decision, which may be to request a new revision, reject or accept the manuscript.

If you cannot submit online for any reason or have other questions about manuscript submission, please contact the editorial office at editorial@abp.org.br.

Whenever an editor or other person involved in the editorial process decides to submit a manuscript to the journal, or has any conflict of interest with a submitted manuscript (e.g., with respect to the authors or their work, or a manuscript from their own department or institution, etc.), they will not participate in the decision-making process. In these cases, a colleague in the editorial office will manage the manuscript and handle the peer review independently of the author/editor.

Corrections and retractions

Errors of fact detected after publication will be handled as recommended by the ICMJE (<http://www.icmje.org/>). Briefly, a corrigendum will be published, along with a corrected version of the article detailing the corrections made (the original version will indicate the existence of a more recent, corrected version). Articles containing errors serious enough to invalidate a paper's results and conclusions will be retracted.